

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน



นางสาวเอมิกา กลยณี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

ปีการศึกษา 2556

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิต สำนักวิทยบริการฯ ที่ส่งกองทะเบียนบัณฑิตวิทยาลัย

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

SELECTED FACTORS RELATING TO QUALITY OF LIFE AMONG CAREGIVERS CARING
FOR PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AT HOME

Miss Amika Kolyanee

The logo of Chulalongkorn University, featuring a central emblem with a sunburst and a tiered structure, set against a light background.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and
Psychiatric Nursing
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล
โดย	ผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
สาขาวิชา	นางสาวเอมิกา กลยณี
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี
	อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีบุญฤกษ์ชัย)
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี)
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์)
.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

5477312336 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: CAREGIVER / PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA / QUALITY OF LIFE

AMIKA KOLYANEE: SELECTED FACTORS RELATING TO QUALITY OF LIFE AMONG CAREGIVERS CARING FOR PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AT HOME. ADVISOR: ASST. PROF. AREEWAN OUMTANEE, Ph.D., CO-ADVISOR: PENNAPA DANGDOMYUTH, Ph.D., pp.

The purposes of this descriptive research were to study quality of life of schizophrenic patients' caregivers and to examine relationships among age, income, duration of care, sense of coherence, health status, caregiver burden, social support and quality of life of schizophrenic patients' caregivers. The subjects were 143 schizophrenic patients' caregivers who took the patient visitime in Out Patients Department at a Psychiatric Clinic Regional hospitals and Medical centers selected by random sampling technique. The research instruments were the personal data record, sense of coherence questionnaires, Short Form 36 Health survey (SF-36), caregiver burden scale, social support questionnaires and World Health Organization Quality Of Life-BREF (WHOQOL-BREF-THAI). The instruments were tested for content validity by 5 professional exerts and analyzed by using Cronbach's alpha coefficient. the scale reliability were .85, .92, .90, .92 and .93 respectively. Data were analyzed by using frequency, percent, mean, standard deviation, Pearson's Product Moment Correlation and Chi-Square.

Major findings were as follows:

1. A quality of life among caregivers caring for patients with schizophrenia at home was at moderate level (Mean= 82.86, SD = 8.02).

2. Sense of coherence, health status and social support of schizophrenic patients' caregivers were positively correlated at moderate level with quality of life of schizophrenic patients' caregivers at level of .05 ($r = .583, .564$ and $.605$ respectively).

3. Age was negatively correlated at low level with quality of life of schizophrenic patients' caregivers at level of .05 ($r = -.216$).

4. Caregiver burden was negatively correlated at moderate level with quality of life of schizophrenic patients' caregivers at level of .05 ($r = -.629$).

5. Income of schizophrenic patients' caregivers was significantly correlated with quality of life of schizophrenic patients' caregivers at level of .05.

6. Duration of care was not correlated with quality of life of schizophrenic patients' caregivers.

Field of Study: Mental Health and Psychiatric
Nursing

Academic Year: 2013

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีย์ วรรณ อ่วมธานี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา เสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย ด้วยความเอาใจใส่และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างดียิ่งเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการพัฒนาตนเอง รวมทั้งให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ คณะกรรมการจริยธรรม หัวหน้าพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านของโรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี รวมทั้งขอขอบคุณผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททุกคนที่เห็นความสำคัญและสละเวลาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดาผู้ให้กำเนิดเลี้ยงดู ให้สติปัญญาและความเอาใจใส่ ห่วงใย ตลอดจนสมาชิกในครอบครัว ผู้ซึ่งเป็นกำลังใจสำคัญ ให้ความช่วยเหลือมอบความรัก ความเข้าใจและความห่วงใยแก่ผู้วิจัยตลอดมา ขอขอบคุณหัวหน้าพยาบาลและเพื่อนร่วมงานทุกคนที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลทุกด้าน ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกคนของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้การช่วยเหลือเป็นอย่างดี รวมทั้งกัลยาณมิตรทุกท่านที่ได้เอื้อนามซึ่งมีส่วนร่วมช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่บุพการี คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภททุกคน ขอให้มีความสุขกาย สุขภาพใจที่แข็งแรงสมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	7
คำถามการวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	15
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	26
3. คุณภาพชีวิต	35
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	57
5. กรอบแนวคิดการวิจัย	61
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	62
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	62
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	62
การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	63
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	63
ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล.....	69
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	70
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	70
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	72

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	73
ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแล ผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	75
ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความ เข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	78
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	80
สรุปผลการวิจัย	82
อภิปรายผลการวิจัย	83
ข้อเสนอแนะ	87
รายการอ้างอิง	90
ภาคผนวก.....	100
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	101
ภาคผนวก ข ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย	103
ภาคผนวก ค การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา	111
ภาคผนวก ง ตารางวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามรายชื่อ.....	113
ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	120
ภาคผนวก ฉ ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของประชากร ตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	127
ภาคผนวก ช ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	131
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	135

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรงพยาบาล	63
ตารางที่ 2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (n= 143)	73
ตารางที่ 3	ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n= 143 คน).....	75
ตารางที่ 4	ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแยกเป็นรายด้าน (n= 143 คน).....	75
ตารางที่ 5	จำนวนและร้อยละของระดับความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n= 143 คน).....	76
ตารางที่ 6	จำนวนและร้อยละของภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n= 143 คน).....	76
ตารางที่ 7	ภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n= 143 คน).....	77
ตารางที่ 8	การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n= 143 คน).....	77
ตารางที่ 9	ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างอายุ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	78
ตารางที่ 10	ค่าความสัมพันธ์ไคสแควร์ระหว่างรายได้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	79
ตารางที่ 11	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลก โดยจำแนกตามรายชื่อ	114
ตารางที่ 12	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแบบสอบถามภาวะสุขภาพ โดยจำแนกตามรายชื่อ	115
ตารางที่ 13	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแบบสอบถามภาระในการดูแล โดยจำแนกตามรายชื่อ	117
ตารางที่ 14	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม โดยจำแนกตามรายชื่อ	118
ตารางที่ 15	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแบบวัดคุณภาพชีวิต โดยจำแนกตามรายชื่อ	119

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด และถือว่าเป็นปัญหาสำคัญของโรคทางจิตเวชทั้งหมด (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) โดยโรคจิตเภทมีความชุกประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก (Kaplan & Sadock, 1998) อุบัติการณ์ของโรคจิตเภทนั้นพบได้ประมาณร้อยละ 0.85 ของประชากรทั่วโลก หรือเท่ากับ 0.1-0.5 ต่อประชากร 1,000 คน มีความรุนแรงและเรื้อรัง และพบได้ทุกเชื้อชาติ (Sadock, 2000) นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกยังคาดประมาณว่ามีประชากร 24 ล้านคนทั่วโลกป่วยเป็นโรคจิตเภท (กรมสุขภาพจิต, 2549) ในประเทศไทยมีสถิติของผู้ป่วยจิตเภทในปีงบประมาณ พ.ศ.2553-2555 จำนวน 1,055,548 , 1,091,646 และ 1,076,155 ราย ตามลำดับและมีแนวโน้มสูงขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2556) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม โรคจิตเภทจะมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังค่อยเป็นค่อยไปจนถึงอาการรุนแรง มีโอกาสป่วยซ้ำได้บ่อย ซึ่งโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 53-72 (กรมสุขภาพจิต, 2554) มีเพียงร้อยละ 25 ที่รักษาได้ผลดีไม่กลับเป็นซ้ำ อีกร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีความพร้อมในการทำหน้าที่ต่างๆ เช่น การดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆ หายๆ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถกลับไปอยู่ในชุมชนได้ และเข้ารับการรักษาเมื่อมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว (ภัทรภรณ์ ทุ่งปันคำ, 2551) การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท เป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังมีอาการและการแสดงในช่วงระยะเวลาที่ยาวนาน ความเรื้อรังของโรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพารวมมากขึ้น จนไม่สามารถดูแลตัวเองได้ หรือมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ต้องอาศัยผู้ดูแลให้การช่วยเหลือ ประคับประคองในการดำเนินชีวิตประจำวัน (กรมสุขภาพจิต, 2549)

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยที่ต้องใช้เวลาในการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพที่ยาวนาน การที่ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานานไม่ก่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยแต่จะเป็นผลเสียต่อการปรับตัวซึ่งจะมีผลต่อผู้ป่วยและครอบครัว (ทัศนีย์ เชื่อมทอง และดาวรุ่ง หนูแก้ว, 2550) ในปัจจุบันนี้แนวทางการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนมากที่สุด มุ่งเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การรักษาในโรงพยาบาลจึงสั้นลง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) สอดคล้องกับแนวทางการรักษาโรคจิตเภทที่มีการพัฒนามากขึ้น โดยเฉพาะการรักษาด้วยยาและจิตสังคม โดยที่ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเมื่ออาการทุเลาและสามารถกลับไปอยู่กับครอบครัวได้ดีขึ้น (มยุรี ตานินทร์, 2551) การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลจะกระทำเมื่อมีระยะอาการทางจิตคงที่ ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตสงบแล้วโดยแพทย์จะนัดมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้ แต่ยังจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การรักษาในระยะนี้จะเน้นการดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องในชีวิตประจำวัน การปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยรวมทั้งการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค (จิราภรณ์ นพคุณขจรและจิระพรรณ สุริยงค์, 2551) จากการให้บริการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของกระทรวงสาธารณสุขจะเน้นให้ผู้ป่วยเข้ารับ

การรักษาในโรงพยาบาลตามเขตที่ตนเองอาศัยอยู่ (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน การรักษาจะต้องเป็นไปอย่างต่อเนื่อง โดยจะกลับมารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ในเขตที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ซึ่งโรงพยาบาลศูนย์เป็นแหล่งให้บริการด้านสุขภาพที่มีผู้ป่วยมาใช้บริการเป็นจำนวนมากรวมทั้งผู้ป่วยทางจิตเวชด้วย โรงพยาบาลศูนย์จึงจำเป็นต้องมีแผนกจิตเวช เพื่อรองรับผู้ป่วยทางจิตเวช (กรมสุขภาพจิต, 2555) และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจึงมีความสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข (ภัทรภรณ์ พุงปันคำ, 2551)

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม เป็นโรคเรื้อรัง มักมีอาการเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปจนในที่สุดไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การทำงาน การดูแลสุขอนามัยของตนเอง รวมทั้งความสัมพันธ์กับสังคมเสื่อมลงอย่างมาก ซึ่งเมื่อเป็นโรคนี้อาจจะไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2555) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยกลับไปสู่ครอบครัวและชุมชน จึงยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่ โดยลักษณะอาการจะแตกต่างกันไป ผู้ป่วยจิตเภทบางกลุ่ม ไม่คิดว่าตนเองป่วย อาจเนื่องจากเบื่อหน่ายต่อการรักษา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองลดลง โดยพบว่าในระยะแรกหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยยังคงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี แต่เมื่อผู้ป่วยมีความอิสระมากขึ้นก็ไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากครอบครัว จึงไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้เท่ากับบุคคลทั่วไป และมีข้อจำกัดด้านการแสดงความสัมพันธ์กับผู้อื่น เนื่องจากถูกมองว่าเป็นบุคคลที่น่ารังเกียจ (ปีทมาศิริเวช, 2552) ทำให้มีปัญหาทางสังคมหรือมีความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง มีการปรับตัวในชีวิตประจำวันที่ล้มเหลว มีการดำเนินชีวิตที่ไร้เป้าหมาย มีแรงจูงใจต่ำ มีการรับรู้ที่ผิดปกติไปจากความเป็นจริง มีการตอบสนองหรือแสดงออกกับผู้อื่นที่ผิดแผกจากคนปกติทั่วไป ในลักษณะที่ไม่มีความแน่นอนของพฤติกรรม ไม่อยู่ในลักษณะที่สังคมยอมรับได้ (ศันสนีย์ ตรีสาร, 2553) สังคมจะมีเจตคติต่อผู้ป่วยว่าเป็นบุคคลน่ากลัว น่าสมเพชเวทนา เป็นบุคคลที่ไร้ความสามารถ เป็นภาระของครอบครัวและไม่ได้รับการยอมรับให้อยู่ร่วมในสังคมหรือร่วมกิจกรรมเหมือนสมาชิกอื่น และต้องมีการควบคุมดูแลเกือบตลอดเวลา (ลิธฎ ชูโต, 2553) ดังนั้นในครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเภทจึงต้องมีผู้ดูแลหลัก ที่คอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย รวมทั้งตัดสินใจแทนในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน

ผู้ดูแลหลักในครอบครัวเป็นผู้ที่ทำหน้าที่และมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ ทั้งในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและในระยะฟื้นฟูสภาพ (จิราพร รักรการ, 2549) เป็นบุคคลสำคัญที่คอยดูแลช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติสุข ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลา แรงงาน ในการทำกิจกรรมต่างๆ ให้กับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด อีกทั้งยังต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วยนอกเหนือจากบทบาทเดิมที่ตนปฏิบัติอยู่เป็นประจำ (Jungbauer et al., 2003) โดยผู้ดูแลต้องช่วยกระตุ้นและดูแลหรือรับผิดชอบช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การสังเกตอาการ ดูแลให้ได้รับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และต้องตัดสินใจแทนผู้ป่วยในทุกเรื่องเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้มีความผิดปกติในด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม (วันเพ็ญ อึ้งวิฒนศิริกุล, 2550) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและในชุมชนจะมีความแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผลของการรักษา ซึ่งส่งผลกระทบต่ออาการกำเริบของผู้ป่วย (สมคิด ตรีราภิ, 2545) ดังนั้นผู้ดูแลจะต้องเข้าใจ

บทบาทของตนเองในขณะที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน รวมทั้งจะต้องเรียนรู้วิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะต้องใช้ทั้งความรู้ ประสบการณ์ และความอดทนในการแก้ไขปัญหา (บดีรินทร์ บุญจันทร์, 2553) ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยทั้งการทรมานเวลา การรับภาระค่าใช้จ่าย เป็นเวลาที่ต่อเนื่องและยาวนาน นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องใช้ความอดทนในการควบคุมอารมณ์หรือแก้ไขปัญหาจากเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นจากการกระทำของผู้ป่วย (ศันสนีย์ ตรีสาร, 2553) ผู้ดูแลต้องอาศัยความพยายามอย่างต่อเนื่อง ต้องปรับตัวจากบทบาทหน้าที่ของตนเองจากเดิมที่เคยดำรงอยู่ เช่น สูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพ เนื่องจากต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถประกอบอาชีพหลักเพื่อสร้างฐานะทางเศรษฐกิจของตนเอง ทำให้ขาดความมั่นคงทางสังคม (ลิธัญ ชูโต, 2553) เกิดความคลุมเครือในบทบาทและต้องเผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆ มีความเหน็ดเหนื่อยก่อให้เกิดความเครียดส่งผลกระทบต่อร่างกาย และจิตใจของผู้ดูแลทำให้สุขภาพกาย สุขภาพจิตของผู้ดูแลเสื่อมลงและมีภาวะสุขภาพเปราะบางนำไปสู่ปัญหาต่างๆ (ชนัญชิตาคุณุณี ทูลศิริรัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัณ, 2554) จะเห็นได้ว่าการมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายประการต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม (ZamZam et al., 2011) ซึ่งสิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ (The WHOQOL Group, 1996)

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ถึงสภาวะของตนในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ภายใต้องค์ประกอบทางวัฒนธรรม ค่านิยมที่บุคคลอาศัยอยู่และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล มีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจ ซึ่งเป็นแนวคิดที่กว้างและซับซ้อนของบุคคล (The WHOQOL Group, 1996) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในแต่ละด้าน ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีอาการเรื้อรัง ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้ากับบทบาทที่ได้รับ มีความรู้สึ้อ่อนแอ หดแรงแรง รวมถึงมีการพักผ่อนไม่เพียงพอ (บุบผา ธนิกกุล, 2554) ในด้านการดำเนินชีวิตส่วนตัว เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการและสุขนิสัยในการรับประทานอาหาร เช่น รับประทานอาหารมากกว่าเดิม หรือเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง บางรายมีอาการเป็นโรคกระเพาะอาหาร นอนไม่หลับ เหน็ดเหนื่อย ไม่มีเวลาในการดูแลตนเองจนสุขภาพเสื่อมโทรม (รจนา ปุณโณทก, 2550) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีประสิทธิภาพการทำงานลดลง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทบางรายได้รับบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยทำร้าย (นุชนางค์ อินทรพิบูลย์, 2552) 2) ด้านจิตใจพบว่าผู้ที่ผู้ดูแลพยายามให้ความช่วยเหลือประคับประคองผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลายาวนาน โดยที่ไม่รู้ว่าจะสิ้นสุดลงเมื่อใด ทำให้ผู้ดูแลมีชีวิตอยู่กับสภาพจิตใจที่บอบช้ำ ตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา ควบคู่กับความรู้สึกหมดกำลังใจ เบื่อหน่ายต่อการดูแล (สายใจ พัวพันธ์, 2553) มีความเครียดกับการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย รู้สึกหวาดกลัว อาการทางจิตที่รุนแรงซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า (Sethabouppha, 2002) ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเดือดร้อนใจ ขุ่นเคือง เศร้าโศก เครียด และกังวลในเรื่องต่างๆ ทั้งที่เกี่ยวกับผู้ป่วยเองและผลที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วย (วันเพ็ญ อึ้งวัฒน์ศิริกุล, 2550) 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม พบว่าผู้ดูแลมีความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตจากการดูแลผู้ป่วย มีผลกระทบต่อการทำงานการบริหารเวลาและกิจกรรมทางสังคมของผู้ดูแล (Sethabouppha, 2002)

ขาดความเป็นอิสระไม่มีเวลาทำกิจกรรมส่วนตัวได้ตามต้องการ ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะไปร่วมกิจกรรมทางสังคมได้เหมือนเดิม เนื่องจากไม่สามารถทอดทิ้งผู้ป่วยตามลำพังได้ ทำให้ผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง ไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทได้อย่างสมบูรณ์ (Ip & Mackenzie, 1998) อีกทั้งผู้ดูแลยังรู้สึกอับอาย ไม่อยากให้เพื่อนบ้านทราบว่าผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว จึงพยายามหลีกเลี่ยงจากผู้คน ส่งผลให้ความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ดูแลลดลง (เพ็ญประภา มะลาไว, 2550) นอกจากนี้การต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานและต่อเนื่องจะเกิดความรู้สึกเป็นภาระเหนื่อยหน่าย เครียด หงุดหงิด ทำให้มีความขัดแย้งกันในครอบครัวได้เสมอ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) 4) ด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแลและบุคคลอื่นที่อยู่รอบข้างมีทั้งในส่วนของความปลอดภัยและความมั่นคงในชีวิตของผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทบางรายมีพฤติกรรมที่เป็นอันตราย ก้าวร้าวรุนแรง ไม่เป็นมิตรกับผู้อื่น อาจทำร้ายผู้อื่นและผู้ดูแลได้ ผู้ดูแลจึงต้องคอยเฝ้าระวังความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวและคนในชุมชน (สายใจ พัวพันธ์, 2553) นอกจากนี้สังคมมักจะกีดกันผู้ป่วยและครอบครัวออกไปจากสังคม เนื่องจากถูกมองว่าเป็นผู้ป่วยที่เป็นอันตรายและน่ารังเกียจในครอบครัว (ตันติมา ด่วงโยธา, 2553) จากสถานการณ์ที่มีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้ง 4 ด้านดังกล่าวล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ดังนั้นผู้ดูแลจึงควรได้รับความสนใจและช่วยเหลือให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

คุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาในการดำรงชีวิตไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีภาวะสุขภาพปกติหรือเจ็บป่วย ดังนั้นในปัจจุบันทุกประเทศจึงนำเอาคุณภาพชีวิตมาตั้งเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประชากร และเป็นเครื่องชี้วัดอย่างหนึ่งที่สามารถบ่งบอกถึงสภาพความเป็นอยู่ที่ดีและความรู้สึกเป็นปกติสุขในการดำรงชีวิต เป็นสิ่งสำคัญที่สามารถคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าแห่งตน ซึ่งมีผลต่อความพึงพอใจและความรู้สึกผาสุกในชีวิต (หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งถือว่าเป็นประชากรที่มีคุณค่าของประเทศ จึงควรได้รับความสนใจและช่วยเหลือให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งจากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราชของพรชัย พงศ์สงวนศิลป์และคณะ (2541) ซึ่งศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลจำนวน 182 คนพบว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 59.34 และการศึกษาคุณภาพชีวิตของเสาวลักษณ์ ยาสวรรณ (2545) ในผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทในโรงพยาบาลผางและโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่จำนวน 80 คนพบว่ามีความรู้ชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ นรวิร์ พุ่มจันทร์ (2548) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา จำนวน 36 ราย พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lueboonthavatchai & Lueboonthavatchai (2006) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 120 ราย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 66.67 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ และจากการศึกษาของสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (2554) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชนในประเทศไทย เปรียบเทียบกันระหว่างภาคต่างๆ พบว่าประชาชนในเขตภาคกลางมีปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตสูงและมีการประเมินระดับความพึงพอใจในชีวิตของตนเองในระดับต่ำ ซึ่งจากการศึกษาทั้งหมดนี้ทำให้ทราบว่าภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล โดยผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและค่อนข้างต่ำ และจากการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของคนไทยในด้านต่างๆ ระหว่างปี 2550-2554 พบว่าระดับคุณภาพ

ชีวิตของคนไทยมีแนวโน้มลดต่ำลงในแต่ละปี (สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2554) แสดงให้เห็นว่า ในบริบทของสังคมไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงในแต่ละปีส่งผลให้คุณภาพชีวิตของคนไทยมีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อมในชุมชนนั้นด้วย (ณดา จันทร์สม, 2550) และจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปีพุทธศักราช 2550 ซึ่งได้มีบทบัญญัติในเรื่องเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน โดยกำหนดให้เป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องดำเนินการ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น (สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2554) นอกจากนี้บทบัญญัติในรัฐธรรมนูญแล้ว แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) ก็ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน โดยกำหนดเป็นยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ ในด้านของยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพคนและสังคมไทยสู่สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2551) และในปัจจุบันคุณภาพชีวิตได้รับการกำหนดให้เป็นเป้าหมายสูงสุดในการพัฒนาประเทศ (กรมการพัฒนาชุมชน, 2555) ประกอบกับกรมสุขภาพจิตมีนโยบายในการพัฒนางานสุขภาพจิตโดยเน้นการดูแลเชิงรุกในชุมชน เสริมสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2555) ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงควรได้รับความสนใจและช่วยเหลือให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีจะช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย นำไปสู่ความสำเร็จในการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Lueboonthavatchai & Lueboonthavatchai, 2006)

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นการช่วยให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีจำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการเพิ่มและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล จากการศึกษาของ Herman (1999) พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ 1) ลักษณะเฉพาะของผู้ดูแล 2) ลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแล 3) สถานการณ์การดูแล 4) การรับรู้ต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแล 5) ภาวะสุขภาพกายและจิตของผู้ดูแล แต่เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในระยะเวลามากกว่า 8 ปี ซึ่งปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์ในด้านการรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น ยาที่ใช้ในการรักษา นโยบายระบบบริการที่เน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้นและจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนให้เร็วที่สุด (กรมสุขภาพจิต, 2555) และคุณภาพชีวิตของบุคคลทั่วไปมีความเปลี่ยนแปลงไปทุกปีโดยมีแนวโน้มลดต่ำลงในแต่ละปี (สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2554) ดังนั้นคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลจากอดีตสู่ปัจจุบันจึงน่าจะมีความแตกต่างไปจากเดิม การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้คัดเลือกตัวแปร โดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยคัดเลือกตัวแปรมาจากการทบทวนวรรณกรรมและจากบริบทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมไทย ได้แก่ อายุ รายได้ ระยะเวลาการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ภาวะในการดูแลผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

อายุ เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีความคิด พฤติกรรม รวมทั้งประสบการณ์ชีวิตที่แตกต่างกัน สามารถบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะ หรือความสามารถในการจัดการสิ่งต่างๆ ของบุคคลได้ เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ดูแลมีความแตกต่างกันในเรื่องความคิดและพฤติกรรมรวมทั้งประสบการณ์ชีวิต ดังนั้นอายุที่มากขึ้นทำให้มีรูปแบบการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย (เฟื่องฟ้า สีสวย, 2550)

รายได้ เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและการดำรงชีวิต แต่เนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ดูแลต้องสูญเสียรายได้และเงินออมลดลง ทั้งจากค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วย ค่ารักษาพยาบาลที่จำเป็นในระยะยาวและต่อเนื่อง ภาระค่าใช้จ่ายจึงมีผลต่อการดำรงชีวิตของผู้ดูแล ทำให้มีรายได้ในการนำไปตอบสนองความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิตได้น้อยลง (Li et al., 2007)

ระยะเวลาการดูแล เป็นปัจจัยที่บอกลถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่จะสามารถจัดการกับภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยและจะพัฒนาทักษะในการดูแลได้ดีเมื่อเวลาผ่านไป เพื่อรักษาความสมดุลทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานกว่าจะมีทักษะในการดูแลที่ดีกว่าผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลที่น้อยกว่า (วันเพ็ญ อังวัฒนศิริกุล, 2550)

ความเข้มแข็งในการมองโลก ตามแนวคิดของ Antonovsky (1993) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ความสามารถเข้าใจได้ ความสามารถบริหารจัดการ และการมีความหมาย ทำทนายและมีคุณค่า ซึ่ง Antonovsky (1993) กล่าวว่า การที่บุคคลรับรู้และประเมินเพื่อจัดการกับสถานการณ์ต่างๆที่จะเข้ามากระทบได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงหรือความผันผวนในชีวิตได้ดีและสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เป็นภาวะที่บุคคลสามารถทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณได้เป็นอย่างดี เป็นสิ่งเปลี่ยนแปลงสม่ำเสมอ และมีการปรับตัวเพื่อให้สู่ภาวะสมดุล (Anderson, 2005) การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลที่แตกต่างกันมีอิทธิพลต่อกำลังใจในการต่อสู้ปัญหาที่เข้ามากระทบชีวิตแตกต่างกันด้วย (กาญจนา ร้อยนาค, 2550)

ภาระในการดูแล เป็นภาระต่างๆที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในเชิงอัตนัยและปรนัย เนื่องจากผู้ดูแลมีหน้าที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทตลอดเวลา ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองทั้งในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมได้ (Montgomery et al., 1985)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่แสดงถึงการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม โดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่อง รวมทั้งความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมที่มีการติดต่อ และผูกพันซึ่งกันและกัน เพื่อนำมาซึ่งความพอใจ เป็นแหล่งประโยชน์ในการดูแลตนเองให้บรรลุถึงสุขภาพที่ดีและความผาสุก (Cobb, 1976) ประกอบด้วยการสนับสนุน 5 ด้านคือ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า การได้มีส่วนร่วมและยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน และบริการ และการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (บุญพา ณ นคร, 2538) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องการการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ เพื่อให้เกิดความมั่นใจและมีความปลอดภัยในชีวิต มีกำลังใจเมื่อเผชิญปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการตามเป้าหมายได้ (Helgeson, 2003)

ดังนั้นเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาบทบาทพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลซึ่งปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเลือกศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์ที่มีคลินิกจิตเวชในเขตภาคกลาง เนื่องจากสถิติจำนวนผู้ป่วยจิต

เกณฑ์ในเขตภาคกลางมีจำนวนสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่นๆ จากการเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลจิตเวชในเขตภาคกลาง (กรมสุขภาพจิต, 2556) และจากการศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชนในประเทศไทย เปรียบเทียบกันระหว่างภาคต่างๆ พบว่าประชาชนในเขตภาคกลางมีปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตสูงและมีการประเมินระดับความพึงพอใจในชีวิตของตนเองในระดับต่ำ (สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2554) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลให้มีระดับที่สูงขึ้นและส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ อายุ รายได้ ระยะเวลาการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ภาระในการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอยู่ในระดับใด
2. อายุ รายได้ ระยะเวลาการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ภาระในการดูแลผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านหรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การที่มีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับลักษณะการรับรู้และประเมินสถานการณ์ โดยเมื่อบุคคลรับรู้และประเมินสถานการณ์แตกต่างกันแล้ว จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน (Antonovsky, 1993) จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรังและมีอาการเปลี่ยนแปลง ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน (สมภพ เรืองตระกูล, 2553) จึงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งผลกระทบต่อทั้ง 4 ด้านดังกล่าว เป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (ZamZam et al., 2011) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ถึงสภาวะของตนในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ภายใต้องค์ประกอบทางวัฒนธรรม ค่านิยมที่บุคคลอาศัยอยู่และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล มีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจ ซึ่งเป็นแนวคิดที่กว้างและซับซ้อนของบุคคล (The WHOQOL Group, 1996) ซึ่งคุณภาพชีวิตของบุคคลเกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายด้าน (Herman, 1999) จากการทบทวนวรรณกรรม

ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทในสังคมไทย ผู้วิจัยจึงได้คัดสรรตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไว้ ได้แก่ อายุ รายได้ ระยะเวลาการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะสุขภาพผู้ดูแล ภาวะในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีรายละเอียดดังนี้

อายุ เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีความคิด พฤติกรรม รวมทั้งประสบการณ์ชีวิตที่แตกต่างกัน สามารถบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะ หรือความสามารถในการจัดการสิ่งต่างๆ ของบุคคลได้ โดยบุคคลจะเกิดการเรียนรู้และมีความสามารถในการเข้าใจและตัดสินใจเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้การมีวุฒิภาวะมากขึ้นทำให้รูปแบบการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ส่งผลให้มีความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า (เฟื่องฟ้า สีสวย, 2550) จากการศึกษาของ Ruggeri (2002) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ผู้ที่มีอายุมากมักมีแนวโน้มในการปรับตัวต่อการสูญเสียความสามารถในหน้าที่การงานได้ดีกว่า ในขณะที่ผลการศึกษาของวิลพร ช่างวงษ์ และคณะ (2554) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต โดยผู้ที่มีอายุมากจะประเมินคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่มีอายุน้อย เนื่องจากเมื่อเริ่มมีอายุมากขึ้นก็จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆไปในทางเสื่อมถอย มีความเจ็บป่วยของร่างกาย อาจทำให้มีการปรับตัวได้ไม่ดี เกิดความเครียดในการดูแล ทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

รายได้ เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ของบุคคล ฐานะ เศรษฐกิจ ความพึงพอใจ และมีความสำคัญต่อความต้องการขั้นพื้นฐานและการดำรงชีวิต การเจ็บป่วยทำให้ผู้ดูแลต้องสูญเสียรายได้และมีเงินออมลดลง รวมทั้งต้องใช้จ่ายของผู้ป่วยในส่วนของค่ารักษาพยาบาลที่จำเป็นในระยะยาวและต่อเนื่อง (Li et al., 2007) ภาระค่าใช้จ่ายที่จะต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (Caqueo-Urizar et al., 2009) จากการศึกษาของ Li et al., (2007) พบว่ารายได้ของครอบครัวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หากผู้ดูแลมีรายได้ที่เพียงพอและเหลือเก็บจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ชี้ให้เห็นถึงการปรับตัวที่บุคคลมีพฤติกรรมการกระทำ และแสดงความรู้สึกเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อรักษาความสมดุลทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม หากสามารถปรับตัวได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วก็จะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (เฟื่องฟ้า สีสวย, 2550) จากการศึกษาของ Hoyert & Seltzer (1996) พบว่าระยะเวลาการดูแลมีผลกระทบต่ออาการของผู้ดูแล กล่าวคือ ถ้าผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่มากผู้ดูแลจะเกิดการปรับตัวสามารถจัดการกับภาระงานที่ต้องดูแลและจะพัฒนาทักษะในการดูแลได้ดีเมื่อเวลาผ่านไป (Chan & Chang, 1999) แต่จากการศึกษาของสมฤดี สิทธิมงคล (2541) พบว่าระยะเวลาในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลอาจมีความรู้สึกว่าการได้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระยะเวลาที่นานมากขึ้น จะทำให้สามารถปรับตัวต่อการดูแลได้มากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ผู้ดูแลอาจมีความรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีระยะเวลายาวนาน ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ มีความรู้สึกเบื่อ และเหนื่อยหน่าย อาจทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ไม่ดีได้

ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ภายในตัวบุคคล ที่จะช่วยให้คน มีการมองและจัดการกับสิ่งเร้าต่างๆ ที่เข้ามากระทบได้ดี ซึ่งนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและ

จิตใจ และภาวะสุขภาพที่ดีนั้น จะมีผลต่อการประมาณค่าภาพรวมความผาสุกของบุคคล (Antonovsky, 1993) ซึ่งมีความสอดคล้องกับคำว่าคุณภาพชีวิตในทฤษฎีขององค์การอนามัยโลก ที่ว่าคุณภาพชีวิต หมายถึงการรับรู้ของบุคคลถึงสภาวะของตนด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล จากการศึกษาของ Eriksson & Lindstrom (2007) พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลก ที่สูงกว่าจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของเยวาลักษณ์ กลิ่นหอม (2540) พบว่าคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับสูงและ มีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคล

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การมีสภาพร่างกายที่พร้อมในการประกอบอาชีพและแข็งแรง จะทำให้บุคคลรับรู้เรื่องคุณภาพชีวิตได้ดี (กาญจนา ร้อยนาค, 2550) เนื่องจากภาวะสุขภาพเป็นภาวะที่บุคคลสามารถทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณได้เป็นอย่างดี เป็นสิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงสม่ำเสมอ และมีการปรับตัวต่อความเครียดเพื่อให้สู่ภาวะสมดุล (Anderson, 2005) จากการศึกษาของ Lueboonthavatchai & Lueboonthavatchai (2006) พบว่าภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ซึ่งต่อมากการศึกษาของกาญจนา ร้อยนาค (2550) พบว่าภาวะสุขภาพด้านความแข็งแรงของร่างกาย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหากมีสภาพร่างกายพร้อมในการประกอบอาชีพและแข็งแรง ก็จะทำให้บุคคลรับรู้เรื่องคุณภาพชีวิตได้ดีด้วย

ภาระในการดูแล เป็นภาระที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในเชิงอัตนัยและปรนัย จากกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลที่ต้องทำให้กับผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่องตลอดเวลา ไม่มีเวลาหยุดพัก ทำให้บุคคลไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม สูญเสียเวลาส่วนตัวและกิจกรรมทางสังคมลงไปทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตลดลง (Montgomery et al., 1985) จากการศึกษาของ Tomoko, Andrea & Hitoshi (2003) พบว่าภาระในการดูแลผู้ป่วยมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย กล่าวคือ เมื่อผู้ดูแลมีภาระในการดูแลผู้ป่วยที่มากขึ้น ก็จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงได้

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่บุคคลได้รับการสนับสนุนจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมที่มีการติดต่อและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ และสภาพอารมณ์ที่มีต่อความเครียดจากการดูแลได้ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Bengtsson-Top et al., 2001) จากการศึกษาของ Lueboonthavatchai & Lueboonthavatchai (2006) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องการการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ เพื่อให้เกิดความมั่นใจและมีความปลอดภัยในชีวิต มีกำลังใจเมื่อเผชิญปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆ ตอบสนองความต้องการตามเป้าหมายและช่วยเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตให้สูงขึ้น (Helgeson, 2003)

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าวผู้ศึกษาจึงกำหนดสมมติฐานการวิจัยไว้ ดังนี้

1. อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
2. รายได้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

3. ระยะเวลาการดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
4. ความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
5. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
6. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
7. ภาระในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ประชากรการวิจัย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์ที่มีคลินิกจิตเวช ในเขตภาคกลาง

ตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ อายุ รายได้ ระยะเวลาการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะสุขภาพผู้ดูแล ภาระในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ข้อจำกัดในการทำวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นเพียงการศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตภาคกลาง ดังนั้นจึงอาจเป็นข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปอ้างอิงถึงผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตภาคอื่นๆ ในประเทศไทย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ต่อภาวะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ของตนเองภายหลังที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ประเมินโดย แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL group, 1996) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลซึ่งเป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย ความสบาย ความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกาย พละกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การพักผ่อนนอนหลับ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการทำงาน

2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับ ภาวลักษณะของตนเอง ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง ความคิด ความจำ การตัดสินใจ ความสามารถในการจัดการกับสิ่งเร้าต่างๆที่มากระทบด้านจิตใจ

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship domain) หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลที่มีผลจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับ การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม และการที่ตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งความรู้สึกในเรื่องการจัดการกับอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ทั้งด้านการคมนาคม แหล่งประโยชน์ด้านการเงิน การบริการสุขภาพ การบริการทางสังคม มีโอกาสรับรู้ข่าวสาร และการมีกิจกรรมสันทนาการในเวลาว่าง

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลโดยตรงต่อเนื่องต่อผู้ป่วยจิตเภทและเป็นผู้ดูแลหลักในระยะรับการรักษาที่บ้าน มีความเกี่ยวข้องกับสายเลือดเป็นบิดา มารดา พี่ น้อง บุตร หรือเกี่ยวข้องกับกฎหมายเป็นสามี ภรรยา หรือญาติของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยและให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนในการดูแลผู้ป่วย

อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

รายได้ หมายถึง จำนวนเงินที่เป็นรายรับของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับจากการประกอบอาชีพ โดยแบ่งเป็น 3 ช่วง ได้แก่ ต่ำกว่า 5,000 บาท, 5,001-10,000 บาท และ 10,001 บาทขึ้นไป

ระยะเวลาการดูแล หมายถึง จำนวนปีที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านอย่างต่อเนื่องภายหลังจากได้รับอนุญาตจากจิตแพทย์ให้ผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวที่บ้าน

ความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลในการประเมินสิ่งเร้าต่างๆ ที่เข้ามากระทบกับการดำเนินชีวิตของตนเอง ประเมินได้จากแบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลกที่สร้างตามแนวคิดของ Antonovsky (1993) ปรับปรุงโดย กาญจนา ขาวนอก (2547) ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้

1) ความสามารถทำความเข้าใจ (Comprehensibility) หมายถึง การที่ผู้ดูแลสามารถรับรู้และประเมินว่าสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบเป็นสิ่งที่ไม่เข้าใจได้ มีระบบ ระเบียบ สามารถอธิบายได้โดยใช้เหตุผล

2) ความสามารถในการจัดการ (Manageability) หมายถึง การที่ผู้ดูแลสามารถรับรู้และประเมินว่าสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ สามารถบริหารจัดการได้ โดยสามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์ที่จะมาช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

3) ความสามารถให้ความหมาย (Meaningfulness) หมายถึง การที่ผู้ดูแลสามารถรับรู้และประเมินว่า สิ่งเร้าที่เข้ามากระทบมีความหมาย ทำลาย มีคุณค่าเพียงพอที่จะเข้าไปจัดการแก้ไขให้สำเร็จลุล่วง

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลต่อสภาวะทางด้านร่างกายและจิตใจ มีพัฒนาการเหมาะสมตามวัย และสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนได้อย่างปกติในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ประเมินได้จากแบบสอบถามภาวะสุขภาพ SF 36 สร้างโดย The Medical Outcome Trust แปลเป็นภาษาไทยโดยวัชร เลอमानกุลและปารณีย์ มีแต่ม(2548) นำมาปรับปรุงโดย Lueboonthavatchai & Lueboonthavatchai (2006) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ ไม่บาดเจ็บ มีเศรษฐกิจดี มีอาหารพอเพียง มีสภาพแวดล้อมที่สร้างเสริมสุขภาพ

2) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับจิตใจที่มีความสุข รื่นเริง ผ่อนคลาย ไม่เครียด มีความเมตตา มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา

3) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง การรับรู้การอยู่ร่วมกันได้ดี มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริการที่ดี

4) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง การรับรู้สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดีหรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงสุด ความสุขทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่ไม่ระคนอยู่กับการเห็นแก่ตัว แต่เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตนจึงมีอิสรภาพ มีความผ่อนคลาย เบาสบาย มีความปิติแผ่ซ่านทั่วไป มีความสุขอันประณีต ล้ำลึก มีความเอื้ออาทร เห็นอกเห็นใจ

ภาระในการดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลต่อความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ในการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ภายในบ้าน ประเมินได้จากแบบสอบถามภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Montgomery et al.(1985) ปรับปรุงโดยบุปผา ธนิกกุล (2554) ประกอบด้วยภาระ 2 ด้าน ได้แก่

1. ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลต่อการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับ การมีเวลาส่วนตัว ความเป็นอิสระ การมีกิจกรรมในสังคม และความรับผิดชอบต่อหน้าที่การงาน

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลต่อแรงสนับสนุนในด้านต่างๆ ที่ได้รับจากครอบครัวและสังคมในขณะดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ประเมินได้จากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Cobb (1976) ร่วมกับแนวคิดของ Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) ปรับปรุงโดย แก้วตา มีศรี (2554) แบ่งเป็น 5 ด้าน ดังนี้

1) การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองได้รับความใกล้ชิด ความไว้วางใจ ความรักและความผูกพัน

2) การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) หมายถึง การช่วยเหลือที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณค่าอันยอมรับและมองเห็นคุณค่าของตน

3) การมีส่วนร่วมและยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network support) หมายถึง การช่วยเหลือให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณค่าตนเองมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของในสังคมที่ตนอาศัยอยู่

4) การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้รับข้อมูล คำแนะนำในการแก้ปัญหาและได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล

5) การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงานและบริการ (Tangible support) หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือโดยให้สิ่งของ เงินทอง หรือการช่วยเหลือบริการ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้บุคลากรด้านสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตรวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
2. เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยได้ค้นคว้าแหล่งความรู้ต่างๆทั้งเอกสาร วารสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 การวินิจฉัยโรคจิตเภท
- 1.3 สาเหตุของโรคจิตเภท
- 1.4 ลักษณะทางคลินิกและการดำเนินโรค
- 1.5 การรักษาโรคจิตเภท
- 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
- 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- 2.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 2.2 ประเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 2.3 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 2.4 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
- 2.5 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 2.6 บทบาทของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. คุณภาพชีวิต

- 3.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
- 3.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
- 3.3 คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 3.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 3.5 การประเมินคุณภาพชีวิต
- 3.6 บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5. กรอบแนวคิด

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงและพบมากที่สุด เป็นโรคเรื้อรัง (Sadock & Sadock, 2007) ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ และกระบวนการคิด ต้องอาศัยผู้ดูแลคอยช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน ในส่วนนี้ผู้วิจัยจะกล่าวถึงความหมายของโรคจิตเภท การวินิจฉัยโรคจิตเภท สาเหตุของโรคจิตเภท ลักษณะทางคลินิกและการดำเนินโรค การรักษาโรคจิตเภท การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท และการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุด พบในประชากรทั่วไปร้อยละ 0.5-1 อายุเมื่อเริ่มเป็นโรคอยู่ระหว่างวัยรุ่นตอนปลายกับกลางคน ผู้หญิงและผู้ชายมีโอกาสเป็นเท่าๆกัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีฐานะยากจนและการศึกษาน้อย (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทนั้นได้มีผู้กล่าวไว้ ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (1992) ให้ความหมายไว้ว่า โรคจิตเภทตามความหมายของ ICD -10 คือ โรคที่มีลักษณะทั่วไปคือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์แบบไม่เหมาะสมหรือมีอาการเฉยเมย (Blunted) สติสัมปชัญญะและเซาว์ปัญญา มักดี แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้ (Cognitive)

เกษม ต้นติผลาชีวะ (2539) ให้ความหมายไว้ว่า โรคจิตเภท หมายถึง กลุ่มอาการที่แสดง ความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองด้านการรับรู้ ด้านสติปัญญา การเชื่อมโยงความคิด การควบคุมตนเอง การแสดงออกทางอารมณ์ การสื่อสาร และการขาดแรงจูงใจ โดยอาการแสดงมักจะปรากฏครั้งแรกในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และมักจะเกิดอยู่อย่างน้อย 6 เดือน

สมภพ เรื่องตระกูล (2553) ให้ความหมายไว้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด (Thought) อารมณ์ (Affect) การรับรู้ (Perception) และพฤติกรรม (Behavior) เป็นเวลา อย่างน้อย 6 เดือนโดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่อาจเป็น สาเหตุของอาการ

พิเชษ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์ (2552) ให้ความหมายไว้ว่า โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลายโดยมีความผิดปกติทั้งทางด้าน การรับรู้ อารมณ์ ประสาทสัมผัส และ พฤติกรรม

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) ให้ความหมายไว้ว่า โรคจิตเภท เป็นโรคจิตชนิดหนึ่งที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นภาวะความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตอย่างหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของสมอง ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรม ความคิด แตกต่างไปจากบุคคลทั่วไป มีความคิดไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป อีกทั้งมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงในการดำเนินชีวิต

1.2 การวินิจฉัยโรคจิตเภท

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2555) กล่าวว่า ในปัจจุบันมีการจำแนกโรคจิตเภทที่นิยมใช้ไว้ 2 ระบบ ดังนี้

1.2.1 ระบบการจำแนกโรคที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder: DSM-IV) ซึ่งปัจจุบันใช้ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 มีเกณฑ์การวินิจฉัย ดังนี้ คือ

1) มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป นาน 1 เดือน ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน Disorganized speech Grossly disorganized behavior หรือ catatonic behavior และ อาการด้านลบ ได้แก่ flat affect, avolition หรือ avolition อย่างไรก็ตาม แม้มีเพียงอาการเดียวก็ถือว่าเข้าเกณฑ์ หากเป็น bizarre delusion หรือ voice discussing

2) มีความเสื่อมหรือปัญหาในด้านสัมพันธภาพทางสังคม และความบกพร่องในการประกอบอาชีพ เช่น ด้านการทำงาน สัมพันธภาพต่อผู้อื่น หรือสุขอนามัยของตนเอง

3) มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมี active phase (ตามข้อ 1) อย่างน้อยนาน 1 เดือน และระยะที่เหลืออาจเป็น prodromal หรือ residual phase

1.2.2. ระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (International Classification of diseases and Related Health Problem, 10th revision: ICD-10) ปัจจุบันใช้ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 โดยได้วางเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามอาการ โดยผู้ที่เป็โรคจิตเภทจะต้องมีอาการอย่างน้อย 1 อาการที่ชัดเจน ถ้ามี อาการไม่ชัดเจนมากนั้ต้องมี 2 อาการ หรือมากกว่า ตามอาการที่ระบุได้จากอาการที่ 1 ถึง 4 หรือมีอย่างน้อย 2 อาการที่ระบุไว้ จากอาการที่ 5-8 และอาการดังกล่าวจะมีอยู่ตลอดระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป ซึ่งอาการต่างๆ ในแต่ละข้อมีดังนี้

1) ความผิดปกติของกระบวนการคิด เช่น ความคิดสะท้อนกลับ (Thought echo) ผู้ป่วยได้ยินเสียงความคิดของตนเอง ความคิดถูกสอดแทรก (Thought insertion) ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าความคิดที่มีอยู่ไม่ใช่ของตนเอง แต่เป็นความคิดของคนอื่นเข้ามาแทรกในสมองตน หรือความคิดกระจาย (Thought broadcasting) กับการที่ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าความคิดของตนส่งออกไปเป็นเสียงทำให้ผู้อื่นล่วงรู้ความคิดของตนเอง

2) ความหลงผิดว่าถูกควบคุมโดยภายนอก (Delusion of control) มีความคิดการกระทำหรือความรู้สึกพิเศษเฉพาะ โดยแสดงออกในเรื่องทางกาย การเคลื่อนไหวของแขนขา ความคิดหรือความรู้สึกสัมผัส (Sensations) หลงผิดในการแปลความหมายของสิ่งเร้า (Delusional perception)

3) หูแว่วเป็นเสียงวิพากษ์วิจารณ์การกระทำของผู้ป่วย ถกเถียงกันเกี่ยวกับตนเอง หรือได้ยินเสียงต่างๆ ของร่างกาย

4) ประสาทหลอน อาจมีความคิดหลงผิดร่วมด้วย อาการนี้มีทุกวันหรือมีอยู่นานหลายสัปดาห์หรือหลายเดือน

5) ความผิดปกติของความคิด (Thought disorder) พูดจาวกวนไม่ตรงประเด็น หรือใช้คำพูดที่ผู้ป่วยคิดขึ้นเอง

6) พฤติกรรมแบบคงท่าเป็นเวลานาน (Catatonic) เช่น วางท่าแปลกๆคงท่าตามที่ถูกจัดต่อต้านการเคลื่อนไหว ไม่พูดหรือไม่เคลื่อนไหวตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมแต่อย่างใด

7) อาการทางลบ (Negative symptoms) เช่น ไร้อารมณ์ อารมณ์เฉยเมย หรือไม่เหมาะสม คำพูดขาดช่วง แยกตัวออกจากสังคม ความสามารถในการเข้าสังคมเสื่อมลง ซึ่งไม่ได้เกิดจากความซึมเศร้าหรือยาต้านโรคจิต

8) พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เช่น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่มีจุดมุ่งหมาย เกียจคร้าน มีความหมกมุ่นอยู่แต่ในเรื่องของตนเอง และแยกตัวออกจากสังคม

1.3 สาเหตุของโรคจิตเภท

ปัจจุบันยังไม่สามารถหาสาเหตุที่แท้จริงได้ ซึ่งส่วนใหญ่ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคจิตเภทมีหลายปัจจัยด้วยกัน ดังที่ เพียร์ตี เปี่ยมมงคล (2553) ได้กล่าวไว้ ดังนี้

1.3.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (Biological factors)

พันธุกรรม (Genetics) เชื่อว่าโรคจิตเภทถ่ายทอดทางพันธุกรรม จากการศึกษาประชากรทั่วไปพบว่า เป็นโรคจิตประมาณร้อยละ 1 และในกลุ่มที่มีญาติพี่น้องป่วยด้วยโรคจิตเภทพบว่ามีโอกาสเกิดโรคจิตเภทสูงประมาณร้อยละ 5-10 และจากการศึกษาเด็กที่ขอมมาเลี้ยงพบว่าเด็กที่เกิดจากพ่อแม่เป็นโรคจิตเภทมีโอกาสเป็นโรคมามากกว่าเด็กที่เกิดจากพ่อแม่ที่ไม่ได้เป็นโรคจิตเภท การศึกษาคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันถ้าคนหนึ่งป่วยด้วยโรคจิตเภทอีกคนหนึ่งมีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทถึง ร้อยละ 50 และคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ ถ้าคนหนึ่งป่วยเป็นโรคจิตเภทอีกคนมีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทร้อยละ 15 นอกจากนี้จากการศึกษาเด็กที่มีพ่อหรือแม่เป็นโรคจิตเภท ลูกมีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทร้อยละ 15

สารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factors) สมมติฐานโดพามีน (The dopamine hypothesis) เชื่อว่าโรคจิตเภทเกิดจากการมีสาร dopamine ไปกระตุ้นเซลล์ประสาทในสมองมากเกินไป ซึ่งสมมติฐานนี้ได้รับการสนับสนุนจากการวิจัยโดยใช้ยา กลุ่ม neuroleptics (chlorpromazine หรือ haloperidol) กับผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งยานี้จะออกฤทธิ์โดยปิดกั้นการส่งกลับของ dopamine receptor ทำให้อาการของโรคจิตเภทดีขึ้น ปัจจุบันมีการศึกษาพบว่า serotonin ที่มีมากเกินไปทำให้เกิดโรคจิตเภทได้ ดังนั้นจึงมีการใช้ยา กลุ่ม atypical antipsychotic เช่น clozapine (clozaril) ปิดกั้นการส่งกลับของ dopamine receptor และ serotonin ทำให้อาการทางด้านบวกและอาการทางด้านลบของผู้ป่วยดีขึ้น

1.3.2 ปัจจัยทางด้านสรีรวิทยา (Physiological factors)

ปัจจัยในส่วนนี้จะเกี่ยวข้องกับกายวิภาคของสมองผิดปกติ (anatomical abnormalities) จากการทำ Computed Tomography (CT) ในผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่า โครงสร้างของสมองผิดปกติ เช่น lateral cerebral -ventricles โตกว่าปกติ cortical เทียบเล็กน้อย

ภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่ในครรภ์และขณะคลอด มีการศึกษาพบว่าเด็กทารกที่มีประวัติว่ามีอาการแทรกซ้อนในระหว่างอยู่ในครรภ์และขณะคลอดจะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงในการเป็นโรคจิตเภทในวัยผู้ใหญ่ ปัจจัยเสี่ยงของการอยู่ในครรภ์ ได้แก่ การติดเชื้อไวรัส การขาดสารอาหาร หรือการได้รับสารพิษ การขาดออกซิเจนขณะคลอด เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเป็นโรคจิตเภท ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถทำลาย neuron หรือมีผลต่อระบบสารสื่อประสาทในทารกได้

1.3.3 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors)

แนวคิดในระยะแรกของโรคจิตเภทมุ่งไปที่สัมพันธ์ภาพในครอบครัวระหว่าง พ่อ แม่ และลูกไม่ดีพอ และระบบครอบครัวมีปัญหา เป็นสาเหตุของโรคจิตเภทได้ ปัจจุบันไม่มีผลการวิจัยสนับสนุนข้อมูลนี้ แต่ผู้ป่วยที่มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (Expressed emotion) ทำให้มีอาการทางจิตรุนแรง และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากกว่าครอบครัวที่ใช้อารมณ์ต่อกันต่ำ การใช้อารมณ์ต่อกัน (Expressed Emotion : EE) ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (Criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (Hostility) หรือจู้จี้กับผู้ป่วยมากเกินไป

1.3.4 ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental factors)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ปัจจัยทางด้านสังคม วัฒนธรรม (Sociocultural factors) มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ มีการดำรงชีวิตอย่างขาดแคลน เช่น การอยู่อาศัยกันอย่างแออัด การขาดสารอาหาร การไม่ได้รับการดูแลขณะอยู่ในครรภ์ การขาดแหล่งสนับสนุนค่าเงินเมื่อเกิดความเครียด ความเครียดที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต (Stressful life events) อย่างไรก็ตาม ไม่มีข้อมูลพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ว่าความเครียดเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคจิตเภท แต่ความเครียดอาจทำให้อาการทางจิตมีความรุนแรงขึ้น และเพิ่มอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท

1.4 ลักษณะทางคลินิกและการดำเนินโรค

อาการของโรคจิตเภทเป็นอาการที่เกิดขึ้นแบบรุนแรง หรือเฉียบพลัน อาจมีอาการนำมาก่อนหรือไม่ก็ได้ ซึ่งอาการของโรคจิตเภทมีลักษณะทางคลินิกและการดำเนินโรค ดังนี้

1.4.1 ลักษณะทางคลินิก

ลักษณะที่สำคัญของโรคจิตเภทสามารถจำแนกตามระบบการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistic Manual Disorder fourth edition Text Revision, 2000 อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต, 2551) ออกเป็น 2 กลุ่ม สรุปได้ดังนี้

1) **กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms)** เป็นกลุ่มที่แสดงออกทางด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและการแสดงพฤติกรรม มีอาการประสาทหลอน หลงผิด ความคิดผิดปกติ และแสดงพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น มีพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว

2) **กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms)** เป็นกลุ่มที่แสดงออกทางสีหน้าและอารมณ์ด้านลบ ได้แก่ สีหน้าเฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ใด ไม่พูด แยกตัวเอง ขาดความสนใจและความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ยินดียินร้ายกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัว สัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นไม่มีความคิดในเชิงนามธรรมเสียไป อาการจะเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป ผู้ดูแลหรือญาติอาจสังเกตไม่พบความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว และการตอบสนองต่อการรักษาน้อยกว่ากลุ่มที่มีอาการทางบวก นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการ Cognitive dysfunction อาการเหล่านี้ได้แก่ สมาธิ น้อยลง การตีความสิ่งต่างๆ และการตอบสนองบกพร่อง และการคิดไม่เป็นเหตุเป็นผล

1.4.2 การดำเนินโรค

ผู้ที่เป็โรคจิตเภทอาจเกิดอาการแบบเฉียบพลันหรือค่อยๆ เกิดการดำเนินโรค ซึ่งกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2551) ได้แบ่งการดำเนินโรคออกเป็น 3 ระยะ คือ

1) ระยะเริ่มมีอาการหรืออาการนำ (Prodroma phase) เรียกว่าระยะอาการทางจิตเฉียบพลัน (Acute phase) เป็นระยะที่เริ่มมีอาการเล็กน้อย มักมีปัญหาด้านความรับผิดชอบต่อการเรียนหรือการทำงาน ปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่น อาการจะเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป ผู้ดูแลหรือญาติอาจสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป ซึ่งอาจเกิดอาการได้ทั้งทางบวกและทางลบ เช่น แยกตัว มีความสนใจในเรื่องศาสนา จิตวิทยา ปรัชญา หรือเรื่องไสยศาสตร์ มีความคิด คำพูด หรือพฤติกรรมที่แปลก แต่ไม่เห็นความผิดปกติชัดเจน โดยเฉพาะมักมีอาการประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นาน

2) ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เรียกว่า ระยะคงเสถียรภาพ (Stabilization phase) เมื่ออาการทางจิตเฉียบพลันของผู้ป่วยลดความรุนแรงลง เป็นระยะเวลาานาน 6 เดือนหรือมากกว่าหลังจากได้รับการรักษาในระยะเฉียบพลัน

3) ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) เรียกว่า ระยะคงสภาพการรักษา (Stable phase) เป็นระยะที่อาการของผู้ป่วยคงที่ อาจพบอาการด้านบวกหรืออาการด้านลบได้ แต่อาการนั้นจะมีความรุนแรงน้อยกว่าในระยะคงเสถียรภาพ และอาจมีอาการอื่นที่ไม่ใช่อาการของโรคจิตร่วมด้วยได้ เช่น วิตกกังวล ตึงเครียด นอนไม่หลับ เป็นต้น

1.5 การรักษาโรคจิตเภท

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทสามารถแบ่งได้เป็น 4 วิธี (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ดังนี้

1.5.1 การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลในกรณีต่อไปนี้

- 1) มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น
- 2) มีปัญหาอื่น ๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง
- 3) เพื่อควบคุมเรื่องยาในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา
- 4) มีปัญหาในการวินิจฉัย

การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลดลง ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวชซึ่งจะช่วยในด้านอื่นๆ ที่มีปัญหา นอกเหนือไปจากเรื่องยาระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์

1.5.2 การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยยาโรจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆ นั้น ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการขาดยา การรักษานั้นอาจแบ่งออกเป็น 3 ช่วง คือ

1) ระยะควบคุมอาการ (Acute phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบโดยเร็ว การที่อาการรุนแรงหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้น เป็นผลมาจากฤทธิ์ทำให้สงบของยา (Sedating effect) ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล ยาที่ใช้ ได้แก่ Haloperidol ขนาด 6-10 mg/day หรือยาอื่น ๆ ที่มีขนาดเทียบเท่ากัน หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากอาจให้ Benzodiazepine ขนาดสูง เช่น Diazepam 5-10 mg กินวันละ 3-4 เวลาาร่วมไปด้วย หลังจาก 2 สัปดาห์แล้วหากอาการโรคจิตยังไม่ดีขึ้น จึงพิจารณาเพิ่มขนาดยาโดยทั่วไปจะไม่ให้ Haloperidol ขนาดเกิน 20 mg/day

2) ระยะเวลาให้ยาต่อเนื่อง (Stabilization phase) หลังจากมีอาการสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการต่อไป ยารักษาโรคจิตที่ใช้ควรให้ขนาดเท่าเดิมต่อไปอีกนาน 6 เดือน การลดยาลงเร็วหรือหยุดยาช่วงนี้อาจทำให้อาการกำเริบได้

3) ระยะเวลาอาการคงที่ (Maintenance phase) เป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาการทุเลาลงแล้ว แต่ยังคงต้องให้ยาต่อ เพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี การควบคุมด้วยยาเป็นสิ่งสำคัญ ขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการกินยาอาจใช้ยาชนิดประเภท long acting ผู้ป่วยครั้งแรกหลังจากอาการโรคจิตดีขึ้นแล้ว จะพิจารณาหยุดการรักษาได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการเลย นานอย่างน้อย 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่ 2 ควรให้ยาต่อเนื่องไปนานอย่างน้อย 5 ปี

1.5.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy: ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเภทนั้น จะทำเมื่อการรักษาด้วยยาแล้วให้ผลการรักษาไม่ดี โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาโดยใช้ ECT ร่วมไปด้วย โดยทำ ECT สัปดาห์ละ 3 ครั้งทั้งหมดประมาณ 12 ครั้ง นอกจากนี้ยังใช้ในผู้ป่วยชนิด Catatonic หรือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) ร่วมด้วย

1.5.4 การรักษาด้านจิตสังคม การบำบัดด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้วปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้อาการบางอย่าง เช่น อาการด้านลบ หรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ในทุกด้าน มิใช่เป็นเพียงแค่ผู้รักษาโรคเท่านั้น วิธีการรักษาผู้ป่วยจิตเภทด้วยการรักษาทางจิตสังคม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) มีดังนี้

1) จิตบำบัด (Psychotherapy) แบ่งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม หมายถึง กระบวนการรักษาโดยใช้การมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับการบำบัดใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิด ประคับประคอง มุ่งชี้เฉพาะจุดของปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาของผู้รับการบำบัด ผู้รักษาพึงตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในแบบอื่นที่ผู้ป่วยพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่าช่วยผู้ป่วยค้นหาว่าความเครียดหรือความกดดันอะไรที่ผู้ป่วยมักทนไม่ได้ เป็นต้น

2) การให้คำแนะนำครอบครัว (Psychoeducation or family counseling) เนื่องจากผู้ปกครองผู้ป่วยมักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเองไม่ดีทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิด หรือกล่าวโทษตนเอง ครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้เรื่องโรค เป็นสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย มีความสำคัญในการช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย แพทย์ต้องให้ครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น ญาติผู้ป่วยนอกจากจะให้ประวัติและข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยแล้วยังช่วยให้ผู้รักษาได้เห็นปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ในขณะที่เดียวกันผู้รักษาต้องอธิบายให้ญาติเข้าใจ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีจุดมุ่งหมายที่จะส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้ป่วยให้เป็นไปในลักษณะที่ถูกต้อง เหมาะสม สร้างสรรค์ แก้ไขปัญหาหรือความสัมพันธ์ที่ผิดปกติ ช่วยให้ทุกฝ่ายได้

ระบายความรู้สึกที่มีต่อกันโดยมีผู้รักษาเป็นคนกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจกันดีขึ้น และเรียนรู้ที่จะปฏิบัติต่อกันอย่างเหมาะสม

3) กลุ่มบำบัด (Group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กันฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ เนื่องจากการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดเป็นการใช้รูปแบบของการทำงานเป็นกลุ่ม ผู้ดำเนินกลุ่มจึงต้องมีความรู้พื้นฐานเรื่องการรักษาแบบกลุ่ม กระบวนการกลุ่ม โครงสร้างของกลุ่ม บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรมีทักษะความคิดริเริ่ม เอื้ออำนวยให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึก การรักษากฎกติกา การเป็นตัวอย่างที่ดีอย่างจริงใจ การฟังอย่างตั้งใจ การตั้งคำถาม การสะท้อนความเนื้อหาและความรู้สึก รวมทั้งการเรียบสำหรับชนิดของกลุ่มกิจกรรมบำบัด เช่น กิจกรรมการดูแลตนเอง กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมร่วมกับครอบครัว กิจกรรมยามว่าง กิจกรรมพักผ่อน หรือกิจกรรมเพื่อการประกอบอาชีพขั้นพื้นฐาน เป็นต้น

4) นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา ซึ่งประกอบด้วย การจัดกิจกรรมต่างๆ ภายในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆ เท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

จากที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช และโรคจิตเภทมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านทรัพยากรบุคคล สาเหตุของโรคจิตเภทเกิดจากด้านร่างกายและด้านจิตสังคม การรักษาต้องผสมผสานระหว่างการรักษาด้านร่างกายและการรักษาจิตสังคม จึงจะได้ผลดีและสามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติมากที่สุด

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน ดูแล รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้มีภาวะสุขภาพที่ดี ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจ และมีความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเองในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) กล่าวว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทมีหลักการพยาบาล ดังนี้

1.6.1 หลักการพยาบาลทั่วไป

1) การพยาบาลด้านร่างกาย ในการพยาบาลด้านร่างกายเริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดและด้านสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง ภาวะด้านสุขอนามัยไม่ดี ผู้ป่วยบางคนไม่อาบน้ำเป็นเวลาหลายวัน

2) การพยาบาลด้านความคิด การพยาบาลผู้ป่วยด้านความคิดนั้น พยาบาลควรกระทำคือการหาความหมายความคิดของผู้ป่วย จากการแสดงออกทางพฤติกรรมและคำพูดของผู้ป่วย เพื่อประเมินปัญหาของผู้ป่วย และหาแนวทางแก้ไข

3) การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านอารมณ์ที่เห็นชัดเจนคืออารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าที่น่าเฉย ไม่มีอารมณ์ พยาบาลต้องมี

ความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการสนองตอบทางอารมณ์ให้เหมาะกับเหตุการณ์

4) การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีและอยู่คนเดียวของผู้ป่วย เป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข ผู้ป่วยอาจจะมีพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยและเสริมสร้างทักษะทางสังคมพื้นฐาน ส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อไม่ให้คนที่อยู่รอบข้างผู้ป่วยรังเกียจ

1.6.2 การใช้กระบวนการพยาบาล

การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินสภาพปัญหา เน้นการศึกษาค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วย เพื่อวิเคราะห์ระดับพฤติกรรม และสาเหตุของพฤติกรรม ต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทุกด้าน เพื่อนำไปสู่การวางแผนทางการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1) การประเมินสภาพปัญหา เป็นการประเมินสภาพจากด้านต่างๆ ของผู้ป่วย ดังนี้

1.1) ด้านร่างกาย ได้แก่ การประเมินบุคลิกภาพ การแต่งกาย ความสะอาด การดูแลเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง รวมถึงการรับประทานอาหาร การพักผ่อน พยาบาลจะให้การสังเกตสัมภาษณ์ และตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูสภาวะทางด้านร่างกาย

1.2) ด้านการคิด ได้แก่ การประเมินระดับความผิดปกติ ของอาการหลงผิด ประสาทหลอน และความคิดหวาดระแวง รวมทั้งความต้องการในการได้รับความช่วยเหลือ

1.3) ด้านการรับรู้ของผู้ป่วย ได้แก่ การประเมินระดับการรับรู้ของผู้ป่วย อาการประสาทหลอน ระยะเวลาที่เกิดอาการและการตอบสนอง เพื่อกำหนดแนวทางช่วยเหลือ

1.4) ด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย ได้แก่ การประเมินการแสดงออกต่ออาการทางจิต อาการย้ำคิดย้ำทำ ไม่อยู่นิ่ง มีพฤติกรรมกระสับกระส่ายจากอาการหลงผิด ประสาทหลอน

1.5) ด้านสัมพันธภาพ ได้แก่ การประเมินการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การแยกตัว พยาบาลต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารสร้างสัมพันธภาพและสร้างความไว้วางใจ

2) การวินิจฉัยการพยาบาล ในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภท ควรพิจารณาทั้งสภาพด้านร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และสัมพันธภาพ

3) การวางแผนการพยาบาล โดยมีทั้งการวางแผนระยะสั้น และระยะยาวเน้นหลักการ ดังนี้

3.1) การวางแผนระยะสั้น เน้นการช่วยเหลือในช่วงแรก โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยในระยะที่มีอาการจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลโดยตรงในปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย การดูแลสภาพร่างกาย การดูแลด้านการรับประทานยาและผลข้างเคียงของยา การดูแลด้านการพัฒนาทักษะการมีสัมพันธภาพทางสังคม และการดูแลด้านการปรับตัวและการมองโลกในทางที่ดี

3.2) การวางแผนระยะยาว เป็นการกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลระยะยาวและต่อเนื่อง โดยครอบคลุมถึงเป้าหมายและการดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคต เน้นการดูแลตนเองด้านสุขภาพและการบำบัดอย่างต่อเนื่อง การกำหนดแผนการดำเนินชีวิตในครอบครัวและในสังคมอย่างเหมาะสม และสามารถใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนได้

4) การปฏิบัติการพยาบาล ปฏิบัติตามแผนการพยาบาลโดยพิจารณาปรับตามความเหมาะสม ดังนี้

- 4.1) เสริมสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ
- 4.2) ลดความวิตกกังวลด้วยการยอมรับ และส่งเสริมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม
- 4.3) รักษาสมดุลด้านชีววิทยา
- 4.4) ใช้ความชัดเจนในการติดต่อสื่อสาร
- 4.5) ใช้หลักสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
- 4.6) นำผู้ป่วยเข้าสู่ความเป็นจริง โดยจัดให้มีกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสม
- 4.7) ระมัดระวังอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยและผู้ที่อยู่ใกล้เคียงในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง

อาการรุนแรง

5) การประเมินผล ผลการประเมินควรพิจารณา ดังนี้

- 5.1) ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอันตรายและอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในภาวะไม่รู้สติ
- 5.2) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในการบำบัดด้วยยาและการบำบัด

ทางชีวภาพ

- 5.3) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดีขึ้น
- 5.4) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น
- 5.5) ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการสื่อสารกับบุคคลอื่นและสังคม
- 5.6) ผู้ป่วยรับรู้และมุ่งมั่นในการปฏิบัติบทบาทของคนในครอบครัวดีขึ้น
- 5.7) ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องที่บ้านอย่างถูกต้อง อาการทางจิตเวชบางครั้งอาจเกิดขึ้นมากเป็นบางเวลา อาจเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติของโรคที่จะมีการแกว่งของอาการ หรือกลับเป็นซ้ำขึ้นมาเอง บางครั้งความเครียดหรือปัญหาชีวิต ปัญหาครอบครัว อาจกระตุ้นให้อาการทางจิตเวชกำเริบได้ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชต้องอาศัยทั้งองค์ความรู้ด้านการพยาบาลและศาสตร์สาขาอื่นๆ โดยการดูแลผู้ป่วยต้องคำนึงถึงประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด ตามแนวทางการปฏิบัติ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542) ดังนี้

1) เน้นการพยาบาลแบบองค์รวม โดยการปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งจิตวิญญาณและสังคม

2) คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วย ควบคู่ไปกับการดูแลช่วยเหลือ การทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมายได้ นอกจากจะให้ความสนใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการแล้วยังต้องคำนึงถึงการดูแลช่วยเหลือ การตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัวด้วย รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้นๆ ที่จะส่งผลกระทบต่อชุมชนด้วย

3) การดูแลอย่างต่อเนื่อง การทำหน้าที่ของพยาบาลต้องครอบคลุมการดูแลช่วยเหลือบุคคล ครอบครัวและชุมชน คือการช่วยให้การเจ็บป่วยหายไป (Restoration) การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) การป้องกันโรค (Disease prevention) และการป้องกันสุขภาพ (Health protecting)

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลควรคำนึงถึงการดำเนินโรค ปัญหาอุปสรรคต่างๆ จากการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยได้รับ พยาบาลต้องให้การช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ความจริง อารมณ์และสังคม มีพฤติกรรมที่แปลกจากคนทั่วไป มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ทั้งต่อตนเองและสังคม ลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงบุคคลอื่นทั้งในครอบครัวและสังคม ปัญหาเหล่านี้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยจึงจำเป็นอย่างยิ่งในการที่จะหาวิธีการหรือแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้และดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพความสามารถที่ผู้ป่วยมีอยู่

สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว (2554) ได้นำหลักการพยาบาลทั่วไปไปร่วมกับแนวคิดด้านกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยการดูแล 4 ด้าน ดังนี้

1) หลักการพยาบาลทั่วไป

1.1) การพยาบาลด้านร่างกาย เริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านการดูแลตนเอง ภาวะด้านสุขภาพอนามัยมักจะไม่ดี

1.2) การพยาบาลด้านความคิด สิ่งที่ทำให้การพยาบาลควรทำคือ การหาความหมายของความคิด การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้เราได้ทราบความคิดของผู้ป่วย นอกจากนี้การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนี้จะช่วยให้เราเข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางพฤติกรรมได้มากขึ้น สุดท้ายคือการให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง

1.3) การพยาบาลด้านจิตใจ อารมณ์ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านอารมณ์ที่เห็นได้ชัดคือ อารมณ์เฉยเมย ไม่มีอารมณ์ตอบสนองต่อเหตุการณ์ไม่สบตา หรืออาจมีอารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ภาวะนี้อาจทำให้พยาบาลเกิดความหงุดหงิดและไม่พอใจ พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติ เสริมสร้างพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

1.4) การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียวของผู้ป่วยจิตเภท การไม่สนใจกิจกรรมทางสังคม และการไม่สนใจบุคคลอื่นเป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข แม้ว่าปัญหาเหล่านี้จะเป็นปัญหาที่ต้องใช้ระยะเวลาและเป็นปัญหาที่แก้ไขได้ยาก

2) กระบวนการพยาบาล

สำหรับกระบวนการพยาบาล เป็นหลักการที่นำมาใช้ในการประเมิน วินิจฉัย วางแผนการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภททั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความคิด และสังคม ซึ่งกระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

2.1) การประเมินสภาพผู้ป่วย ได้แก่ การประเมินสภาพทั่วไป และอาการต่างๆ ของผู้ป่วย การประเมินเริ่มต้นด้วยการประเมินความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมโดยทั่วไปและอาการผิดปกติที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยหรือญาติต้องนำส่งโรงพยาบาล

2.2) การวินิจฉัยการพยาบาล ทำเมื่อได้ทำการประเมินสภาพทั่วไป ประเมินอาการด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ และการรับรู้ ประเมินอาการหลงผิดประสาทหลอนของผู้ป่วยว่ามีหรือไม่มีลักษณะใด ต่อมาคือวินิจฉัยการพยาบาล การวินิจฉัยการพยาบาลจะเที่ยงตรงหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความถูกต้องในการประเมินสภาพและอาการทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้ทำในขั้นต้น การวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นต่อมา

2.3) การวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วยแผนการพยาบาลในระยะสั้น และระยะยาว เพื่อที่จะได้มีแนวทางการประเมินผลความสำเร็จทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลควรที่จะกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่พึงประสงค์

2.4) การประเมินผลการพยาบาล เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินว่าปัญหาใดได้รับการแก้ไขแล้ว ปัญหาใดยังมีอยู่ เนื่องจากเป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ในระยะเวลาสั้นๆ

สรุปได้ว่าในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลควรคำนึงถึงการดำเนินโรค ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ จากการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยได้รับ เนื่องจากองค์ประกอบต่างๆ เหล่านี้ล้วนมีความสำคัญต่อการวางแผนการพยาบาล พยาบาลจึงต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยพยาบาลต้องมีการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อประเมินสภาพ วินิจฉัย วางแผนการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความคิด และสังคม

นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นเน้นที่การรักษาด้วยยาเป็นหลัก แต่จากการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน นอกจากการรักษาด้วยยาแล้วยังต้องคำนึงถึงการดูแลทางจิตสังคมร่วมด้วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเร็วกว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว ซึ่งผู้ดูแลและครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการปรับตัวของผู้ป่วย รวมทั้งมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน การให้การดูแลโดยให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลหรือครอบครัว รูปแบบการดูแลต้องครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ กิจกรรมการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านจึงมีลักษณะ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554) ดังนี้

1) ประเมินสภาวะผู้รับบริการ เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงปัญหาและความต้องการของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

2) สร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการและชุมชน โดยมุ่งเน้นเพื่อให้เกิดความเข้าใจการยอมรับและความเชื่อถือไว้วางใจ

3) พัฒนาความเข้าใจภายในครอบครัว มุ่งเน้นการสร้างความเข้าใจในกันและกันของสมาชิกในครอบครัว

4) สอนและให้ความรู้ทางสุขภาพจิต การปรับตัว ทักษะชีวิตและการประกอบอาชีพให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว

5) ให้คำปรึกษาตามความเหมาะสม ซึ่งสามารถกระทำได้ทั้งให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลและการให้คำปรึกษาครอบครัว

6) สนับสนุนให้กำลังใจในโอกาสที่เหมาะสมเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ

7) เสริมสร้างพลังอำนาจ มุ่งเน้นการเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยและสมาชิกทุกคนในครอบครัวให้เข้าใจ มั่นใจในบทบาท ความสามารถและความรับผิดชอบของตนเองในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง

8) ประสานงานการดูแลครอบครัวกับชุมชนและองค์กรอื่นๆที่เกี่ยวข้องเป็นการสร้างความร่วมมือกับชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว

9) ประเมินผล และปรับแผนการดูแลเป็นระยะๆ เพื่อให้สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้เหมาะสมตามความต้องการมากที่สุด

จะเห็นได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ในการดูแลช่วยเหลือจึงจำเป็นต้องอาศัยทั้งการช่วยเหลือจากทั้งสถาบันบำบัด ครอบครัว และชุมชน ซึ่งพยาบาลถือเป็นบุคคลที่มีบทบาทในการประสานความร่วมมือระหว่างแหล่งสนับสนุนต่างๆ ให้กับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว รวมทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ที่มีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยและเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบทุกด้าน เนื่องจากไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีความสำคัญอย่างมากในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งในที่นี่จะขอกกล่าวถึง ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการที่โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวช ผู้ป่วยส่วนมากเมื่อออกจากโรงพยาบาลจะยังมีอาการหลงเหลืออยู่ ผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวจึงต้องรับภาระการดูแลต่อจากโรงพยาบาล ซึ่งการดูแลดังกล่าวจะยาวนานตามความเรื้อรังของโรค ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงมีความสำคัญต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย แต่เนื่องจากไม่มีผู้ใดให้คำนิยามศัพท์ของคำว่า “ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” โดยตรง ผู้วิจัยจึงขอแยกการให้ความหมายของคำว่า “ผู้ดูแล” และ “ผู้ป่วยจิตเภท” ตามที่นักวิชาการได้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

Orem (1991) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ว่า ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพา โดยการให้การช่วยส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

Davis (1992) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ว่า ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

George (1996) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ว่า ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อาจเป็นได้ทั้งบุคคลเพียงคนเดียว เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน เป็นต้น หรือเป็นกลุ่มบุคคล เช่น กลุ่มพี่น้อง กลุ่มเพื่อน ทีมสุขภาพ องค์กรต่างๆ

จารุวรรณ มานะสุรการ (2544) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ว่า ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่รับผิดชอบในการให้การช่วยเหลือเกื้อกูล ประคับประคองผู้ป่วยด้วยความรักและความเอาใจใส่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้จัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เผชิญและมีการดำรงชีวิตที่ดีขึ้น

นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ว่า หมายถึง บุคคลที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลัก และเป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช โดยเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง บุตรหลาน หรือญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรง สม่ำเสมอ และต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้างในการดูแล

ในส่วนของความหมายของคำว่า “ผู้ป่วยจิตเภท” มีผู้ให้คำนิยามไว้ ดังนี้

พิเชษ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์ (2552) ให้ความหมายไว้ว่า ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่เป็นโรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลายโดยมีความผิดปกติทั้งทางด้าน การรับรู้ อารมณ์ ประสาทสัมผัส และพฤติกรรม

สมภพ เรื่องตระกูล (2553) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทไว้ว่า ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติของความคิด (Thought) อารมณ์ (Affect) การรับรู้ (Perception) และพฤติกรรม (Behavior) เป็นลักษณะสำคัญ โดยที่ไม่มีโรคทางกายหรือโรคทางสมอง

ระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ได้กล่าวไว้ว่า ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีลักษณะทั่วไปคือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์แบบไม่เหมาะสมหรืออารมณ์เฉยเมย (Blunted) สติสัมปชัญญะและเข้าใจปัญญายังดีอยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้ (Cognitive)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ ผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลและรับผิดชอบผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ทั้งในด้านการดำเนินชีวิตประจำวันรวมทั้งการดูแลเฉพาะโรค ผู้ดูแลจึงต้องมีความอดทน มีการสังเกตที่ดี รู้จักวิธีเข้าหาผู้ป่วย เข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความรู้ความสามารถในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย และตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ

2.2 ประเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Horowitz & Reinhard (1995) ได้แบ่งผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแล ดังนี้

1) ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มากกว่าคนอื่นๆ

2) ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระติดต่อกับชุมชนจัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการไปตรวจรักษา เป็นต้น หรือให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงดูแลเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า

George (1996) ได้แบ่งผู้ดูแลไว้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

2) ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal Caregiver) หมายถึงผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น ลูกจ้าง พยาบาล ทีมสุขภาพ องค์กรต่างๆ โดยอาจจะไม่รับ หรือรับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลก็ได้ตามข้อตกลง

ในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดให้ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแล โดยตรงต่อผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในระยะรับการรักษาที่บ้าน และเกี่ยวข้องเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง บุตร หรือญาติของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยและให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือเงินตอบแทนในการดูแลผู้ป่วย

2.3 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

บทบาทสำคัญของผู้ดูแล ได้แก่การช่วยป้องกันการกำเริบของโรค ทั้งนี้เพราะโรคจิตเภทเป็นโรคที่ต้องการเวลายาวนานในการรักษา และเป็นโรคที่มีโอกาสกำเริบได้สูง ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยมีความเครียด การขาดยา หรือขาดการดูแลเอาใจใส่จากญาติ บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญมี 5 ประการ (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2547) ดังนี้

1) ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีอาการแยกตัวจากสังคม เฉยชา ไม่มีเป้าหมายชีวิต การดูแลตนเองไม่ดี ทำให้อาณัติส่วนตัวไม่ดี ผู้ดูแลต้องเข้าใจว่าพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นเป็นอาการของโรค ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมต่างๆ

2) คอยสังเกตอาการกำเริบ การสังเกตอาการเริ่มต้นจากญาติ เช่น ญาติอาจสังเกตได้ว่าผู้ป่วยเริ่มสับสน เริ่มระแวง ไม่ยอมนอน พุดมากขึ้น แยกตัว เก็บตัวเงียบ ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยแพทย์ในการป้องกันการกำเริบได้ และจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันที่

3) ช่วยลดความเครียดให้ผู้ป่วย ความเครียดอาจเป็นปัญหากับผู้ป่วยในช่วงที่กำลังจะดีขึ้น ความเครียดอาจเกิดจากภายในหรือภายนอกครอบครัวได้ ซึ่งญาติจะช่วยลดความเครียดของผู้ป่วย ผู้ดูแลจะต้องปรับเปลี่ยนความคาดหวังในตัวผู้ป่วยให้เหมาะสม ช่วยผู้ป่วยค่อยๆปรับตัวตามความสามารถ พุดกับผู้ป่วยสั้นๆให้ได้ใจความอย่าเปลี่ยนแปลงตารางเวลาต่างๆถ้าไม่จำเป็นและรักษาสัญญาที่ให้กับผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการทะเลาะกับผู้ป่วย นอกจากนี้จะต้องพยายามลดความตึงเครียดของตัวเอง โดยหาเวลาส่วนตัวหรือพักผ่อนเพื่อให้ผู้ป่วยเครียดน้อยลง ญาติก็จะมีเครียดน้อยลงด้วย

4) ค้นหาจุดดีและสนับสนุนแม้จะเป็นจุดเล็กๆ การค้นหาจุดดีและสนับสนุนแม้จะเป็นจุดเล็กๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทดีขึ้นได้ สนับสนุนผู้ป่วยให้ค่อยๆ ปรับตัวโดยไม่เร่งรัด ผู้ดูแลอาจชมเชยและให้กำลังใจ เช่น อาบน้ำเอง ทักทายสวัสดิกับคนอื่น ๆ จุดเล็กๆเหล่านี้จะรวมเป็นจุดใหญ่ให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

5) จัดจำวันนัดและดูแลผู้ป่วยเรื่องยา เนื่องจากโรคจิตเภทต้องการระยะเวลาที่นานพอสมควรในการรักษา ตลอดจนการกลับเป็นใหม่ของการเกิดได้มาก ดังนั้น การรับยาจึงเป็นสิ่งสำคัญ ถ้าผู้ดูแลไม่ยอมไปรับยาตามนัด จะทำให้ผู้ป่วยขาดยาและเกิดปัญหาขึ้น จึงควรปรึกษาแพทย์ก่อนหยุดยา ควรดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

จอม สุวรรณโณ (2541) กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไว้ดังนี้

- 1) ปฏิบัติการดูแลโดยตรงทางด้านร่างกาย ช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ดูแลการรับประทานอาหารและการพักผ่อนของผู้ป่วย
- 2) ช่วยเหลือประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ดูแลควรชมเชยและให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ช่วยแก้ปัญหา ให้คำปรึกษาแนะนำ ไม่ดูค่าหรือแสดงอารมณ์ที่รุนแรง เพื่อลดความวิตกกังวล และสร้างความเชื่อมั่นในการปรับตัวให้กับผู้ป่วย
- 3) จัดการติดต่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดจากสถานบริการสุขภาพจิตหาซื้อยา รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์และมาพบแพทย์ตามนัด พร้อมทั้งเป็นผู้สนับสนุนการรักษาพยาบาลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ
- 4) ช่วยเหลือด้านการเงิน ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสื่อมของบุคลิกภาพ อาจจะไม่สามารถประกอบอาชีพที่มั่นคงได้ ผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล
- 5) แบ่งเบาภาระงานบ้าน ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและฝึกทักษะการปรับตัวให้กับผู้ป่วย ให้สามารถรับผิดชอบและช่วยเหลือตนเองได้ รวมทั้งสอนให้ผู้ป่วยฝึกทำงานบ้าน เพื่อแบ่งเบาภาระของผู้ดูแล
- 6) ติดต่อกับชุมชน ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่เฉื่อยชา แยกตัวเอง ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมมากขึ้น เช่น การพูดคุยกับผู้อื่น เล่นกีฬา หรือร่วมงานต่างๆที่จัดขึ้นในชุมชน รวมทั้งเป็นตัวแทนผู้ป่วยในการตัดสินใจต่างๆ

ชฎาภา ประเสริฐทรง (2543) แบ่งบทบาทของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามประเภทของบทบาทได้ 2 กลุ่ม ดังนี้

- 1) บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแล (Care provider role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านสุขภาพอนามัยของร่างกายและตอบสนองความต้องการด้านอื่นๆ ของผู้ป่วยโดยยึดแนวทางการรักษา เช่น การรับประทานยา การรับประทานยา เป็นต้น
- 2) บทบาทของผู้จัดการดูแล (Care manager role) เป็นบทบาทของผู้ดูแลที่ต้องประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย และภาวะจิตสังคม โดยผู้ดูแลจะทำหน้าที่หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม หรือบริการอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดด้านการป้องกัน ส่งเสริม รักษาและฟื้นฟูสภาพ

พนม เกตุมาน (2550) กล่าวถึงบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ให้การดูแลที่บ้านไว้ ดังนี้

- 1) ติดตามดูแล หรือกำกับให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง ตรงตามที่แพทย์กำหนด อาจเป็นผู้จัดยาให้เองหรือคอยนับเม็ดยาที่เหลือ ควรมีวิธีจูงใจให้ผู้ป่วยร่วมมือกันดีกว่าการบังคับข่มขู่
- 2) พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอ ตามนัด ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมมาจริงๆ ญาติควรมาพบแพทย์และเล่าปัญหานี้ให้แพทย์ทราบ
- 3) คอยตรวจสอบอาการข้างเคียงของยา แพทย์ผู้รักษามักจะอธิบายให้ฟังก่อนการสั่งยา ครั้งแรกกว่าจะมีอาการข้างเคียงอย่างไรบ้าง ถ้าเกิดอาการข้างเคียงควรรีบติดต่อแพทย์ผู้รักษาทันทีอย่า

ทิ้งไว้เพราะจะทำให้ผู้ป่วยไม่อยากกินยา และไม่อยากรักษาอีกต่อไป

4) สร้างบรรยากาศที่สงบอบอุ่นมีกิจกรรมที่ดีทำร่วมกันมีการสื่อสารที่ตีบอกความต้องการกันและตอบสนองกันอย่างเหมาะสม

5) ไม่ควรตามใจกันมากเกินไป หรือให้สิทธิพิเศษจนผู้ป่วยทำความเดือดร้อน แก่ผู้อื่น

6) เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตผิดปกติ เช่น ระวังหุแว่ว ไม่ควรพยายามอธิบายเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับความจริง นอกจากจะไม่ได้ผลแล้วยังอาจทำให้ญาติโกรธที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับฟังเหตุผลควรรับฟังด้วยท่าที่เป็นกลางไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย แต่ขอให้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่เขาคิด สิ่งที่เขารู้สึกให้มากที่สุด พร้อมกับแสดงความเข้าใจและเห็นใจที่เขาคิดและรู้สึกเช่นนั้น อาการทางจิตจะดีขึ้นจากการใช้ยา ดังนั้นต้องรีบพาผู้ป่วยมาพบแพทย์โดยเร็ว

7) จัดทำอาการต่างๆที่เกิดขึ้นที่บ้านมาเล่าให้แพทย์ฟัง การดำเนินชีวิตที่บ้านจะแสดงถึงความสำเร็จของการรักษาด้วย และท่านจะเป็นผู้ช่วยแพทย์ที่ดีในเรื่องนี้

8) จัดการดำเนินชีวิตผู้ป่วยให้สม่ำเสมอ โดยเฉพาะเวลาอาหารเวลานอน เวลาออกกำลังกายและเวลากินยา

9) ควรให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการดำเนินชีวิตตามปกติให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทั้งความรับผิดชอบส่วนตัวและงานรับผิดชอบส่วนรวม

10) หลีกเลี่ยงการใช้อารมณ์ต่อกันภายในบ้าน เมื่อมีความขัดแย้งควรปรึกษาแพทย์ การแก้ปัญหาในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ร่วมมือมาพบแพทย์ตามนัด

1) พยายามจูงใจให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ที่ชัดเจนของการมาพบแพทย์ ได้แก่ อาการที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเดือดร้อน เช่น อาการนอนไม่หลับ เป็นต้น

2) พยายามให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากผู้ป่วยอาจคิดว่าอาการดีขึ้นแล้วจึงไม่ยอมรับประทานยา อีกทั้งอาการข้างเคียงจากยาทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะรับประทานยาต่อไป

3) ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมมาพบแพทย์จริงๆ ให้ญาติมาพบเพื่อปรึกษาแพทย์

4) ถ้าผู้ป่วยมีอาการมากจนอาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น ควรให้คนช่วยกันจับพามาโรงพยาบาล อาจต้องรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล อาจติดต่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ตำรวจ ขอความช่วยเหลือในการนำส่งดังกล่าว

จากบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความอดทน มีการสังเกตที่ดี รู้จักวิธีเข้าหาผู้ป่วย เข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความรู้ความสามารถในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทควรให้การดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมตามความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทและเป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์

2.4 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญที่จะให้การดูแล ช่วยเหลือ ในการทำกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการตัดสินใจแทนผู้ป่วยอีกด้วย แนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (รัชนิกร เกิดโชค, 2556) มีดังนี้

1. ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น สมาชิกครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลจะต้องเข้าใจและเห็นใจผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยจิตเภทนั้นมิได้มีเจตนาที่จะสร้างความเดือดร้อนให้ใคร หรือสร้างความรำคาญให้ใคร ญาติควรมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ควรให้อภัยผู้ป่วยและไม่ถือโทษโกรธผู้ป่วย
2. ญาติไม่ควรขัดแย้งหรือโต้เถียงกับผู้ป่วยไม่ว่ากรณีใดก็ตาม ไม่ควรแสดงอารมณ์รุนแรงต่อผู้ป่วย แต่ควรแสดงความเห็นใจ ความเข้าอกเข้าใจผู้ป่วย ควรถามไถ่ความเป็นอยู่และความรู้สึกของผู้ป่วยอยู่เสมอ
3. ควรให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยในทุกๆ เรื่องที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำหรือตัดสินใจเองได้ เพราะผู้ป่วยคือผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ต่างๆ ดังนั้นสมาชิกครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลอาจจะต้องทำหน้าที่ผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้
4. ญาติผู้ดูแลต้องมีความอดทนในการที่ต้องเผชิญกับอาการทางจิตที่จะเกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ต้องใช้การสังเกตอย่างมากในขณะที่ดูแลผู้ป่วย โดยสังเกตอาการ พฤติกรรมของผู้ป่วยว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปมากน้อยเพียงใด ถ้าพบว่ามีอาการผิดปกติ เช่น พูดคนเดียว พูดเพื่อเจ้า เอะอะ อาละวาด หงุดหงิด ฉุนเฉียว หัวเราะหรือยิ้มคนเดียว เหม่อลอย หลงผิด ประสาทหลอน หวาดระแวง หวาดกลัว ควรรีบพามาพบแพทย์
5. เก็บอุปกรณ์ต่างๆ ที่จะก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยอย่างมิดชิด เช่น มีด กรรไกร สิ่งของอื่นที่ผู้ป่วยจะนำมาทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้
6. เสนอตัวเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดความรู้สึกว่าพวกเขาต้องเผชิญกับความทุกข์ที่เกิดขึ้นจากการมีอาการทางจิต
7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่องตามที่แพทย์สั่ง ไม่ควรให้ผู้ป่วยเพิ่มหรือลดยาเอง
8. การดูแลสุขภาพอนามัย เป็นสิ่งสำคัญที่ญาติจะต้องคอยดูแลกำกับให้ผู้ป่วยปฏิบัติ เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ เป็นต้น
9. จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยทำโดยเฉพาะในเวลากลางวัน เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยฟุ้งซ่าน เป็นงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ ที่ผู้ป่วยทำได้ เช่น รดน้ำต้นไม้ ถูบ้าน ล้างชาม อย่างไรก็ตามควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือดูแลตนเองให้มากที่สุด
10. จัดหางานหรืออาชีพใหม่ที่ใกล้บ้านตามความสนใจและตามความถนัดของผู้ป่วย
11. ถ้ามีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย หรือกังวลใจในเรื่องต่างๆ ผู้ดูแลสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือได้จากศูนย์ให้บริการสุขภาพจิตหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน

2.5 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรังเป็นงานที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและต้องทำในระยะยาว ประกอบกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และความรู้สึก ความบกพร่องเหล่านี้ย่อมทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่และรับภาระอย่างมากตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท (จิราพร รักษาร, 2549) ซึ่งผลจากการดูแลทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลด้านต่างๆ ดังนี้

2.5.1 ด้านร่างกาย (Physical impact) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักทำหน้าที่เพียงคนเดียว มิได้มีการสับเปลี่ยนทำให้เกิดความอ่อนเพลีย และบางครั้งพักผ่อนไม่เพียงพอ อาจทำให้เจ็บป่วยได้ เช่น ปวดหลัง ปวดต้นคอ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ซึ่งเป็นอาการเตือนที่บ่งชี้ว่าผู้ดูแลต้องการหยุดพักจาก

ภาวะนั้นๆ มีอาการอ่อนเพลียไม่มีแรง เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาด้านการนอนหลับทำให้ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ อ่อนเพลีย เกิดโรคแทรกซ้อนได้ และทำให้ผู้ดูแลเกิดอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย ส่งผลต่อการดูแลโดยตรงได้ นอกจากนี้ผลกระทบจากการดูแลยังทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น ด้วยภาวะที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย อาจรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ทำให้มีเวลาดูแลสุขภาพตนเองลดลง ไม่มีเวลาไปพบแพทย์ พักผ่อนไม่เพียงพอ โรคประจำตัวที่เป็นอยู่แล้วก็มีอาการกำเริบมากขึ้น และอาจเป็นปัญหาสุขภาพอื่นๆเพิ่มมากขึ้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) และจากการศึกษาของ Salleh (1994) พบว่าอาการของผู้ป่วยจิตเภทจะขัดขวางการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันส่วนตัวของผู้ดูแลในครอบครัว และบางครั้งมีผลให้ผู้ดูแลมีอาการไม่สุขสบาย เกิดการเจ็บป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ ไม่ช่วยเหลืองานบ้าน ผู้ดูแลต้องกระทำแทนผู้ป่วย อีกทั้งต้องคอยดูแลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยอีกด้วย

2.5.2 ด้านจิตใจ (Psychological impact) การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญปัญหาด้านจิตใจต่างๆ ส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลอยู่ในภาวะของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หมดหวัง มีความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย และกังวลจนก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543; Loukissa, 1995) นอกจากนี้การที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปและความรู้สึกอับอายที่มีญาติผู้ป่วยทางจิต ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า โกรธ หรือรู้สึกเครียดตลอดเวลา (Ip & Mackenzie, 1998) และจากการศึกษาของ Baker (1989) พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด คือ ความรู้สึกสูญเสีย เศร้าโศก เสียใจเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและในรายที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ดูแลก็จะกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยต่อตัวผู้ป่วยและบุคคลที่อยู่รอบข้าง บางครั้งจำเป็นต้องแยกหรือขังผู้ป่วยไว้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกคับข้องใจที่ต้องทำเช่นนั้น ซึ่งถ้าหากผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมากหรือเครียดมากจนไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงตามมา โดยผลกระทบด้านจิตใจของผู้ดูแล มีลักษณะดังนี้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547)

- 1) อารมณ์เศร้า (Sad) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดการสูญเสียของที่ตนรักไป รู้สึกสูญเสียญาติของตนไปทั้งๆที่ยังมีชีวิตอยู่
- 2) ความรู้สึกผิด (Guilt) บางครั้งอาจโกรธ ทะเลาะกับผู้ป่วย เนื่องจากไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ และมักจะรู้สึกผิดภายหลัง
- 3) ความโกรธ (Anger) ผู้ดูแลอาจโกรธผู้ป่วย โกรธตัวเอง โกรธเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลที่ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยให้ดีขึ้น
- 4) ความรู้สึกอับอาย (Embarrassment) บางครั้งผู้ป่วยอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะทำให้ผู้ดูแลเกิดความอับอายได้
- 5) ความรู้สึกโดดเดี่ยว (Lonely) ด้วยภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชม. ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสพบปะเพื่อนฝูง ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกโดดเดี่ยวอยู่เสมอ

2.5.3 ด้านสังคม (Social impact) จากการที่ต้องเข้ารับบทบาทใหม่ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในขณะเดียวกันก็ต้องรับบทบาทอื่นร่วมด้วย การรับบทบาทใหม่เพิ่มมากขึ้นทำให้มีเวลาสำหรับการดำเนินชีวิตประจำวันด้านอื่นๆ ลดลง ทำให้ผู้ดูแลขาดปัจจัยในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป การพบปะเพื่อนฝูงลดลง เนื่องจากภาระที่ผู้ดูแลต้องเอา

ใจใส่ผู้ป่วยอย่างมาก ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะการเฝ้าดูแลขณะที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านตามลำพังได้ ผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำกิจกรรมส่วนตัวได้ตามความต้องการ ไม่สามารถปลีกตัวไปร่วมกิจกรรมในสังคมที่เคยปฏิบัติ เช่น การไปวัดทำบุญในประเพณีต่างๆ หรือกิจกรรมสาธารณะประโยชน์ที่จัดขึ้นในชุมชน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความห่างเหินกับสังคม รู้สึกว่าถูกแยกและทอดทิ้งจากเพื่อน (พรชัย พงศ์สงวนสิน และคณะ, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ Loukissa (1995) เกี่ยวกับภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเรื้อรัง พบว่า เมื่อผู้ป่วยจิตเภทกลับมาอยู่กับครอบครัว ผู้ดูแลจะเกิดปัญหาการวางตัวในสังคม เครียดในการจัดการพฤติกรรมที่ผิดปกติกของผู้ที่เป็นโรค รู้สึกหวาดกลัวต่ออาการทางจิตที่รุนแรง เป็นอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สินของตนเองและบุคคลอื่น ทำให้ผู้ดูแลจำเป็นต้องเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิดและจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยในบางครั้ง เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลรู้สึกอับอาย ไม่อยากให้เพื่อนบ้านทราบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในครอบครัวและไม่อยากให้บุคคลอื่นถามถึงหรือพูดถึง จึงพยายามหลีกเลี่ยงหนีจากผู้คน ส่งผลให้ความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ดูแลลดลง ประกอบกับหน้าที่การดูแลที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะไปร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นในชุมชนได้

2.5.4 ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment impact) การที่มีผู้ป่วยจิตเภทในการดูแลส่งผลกระทบต่อด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแลและบุคคลอื่นที่อยู่รอบข้าง ทั้งในส่วนของความปลอดภัยและความมั่นคงในชีวิตภายในสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทบางรายจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร ผู้ดูแลจึงต้องระมัดระวังพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543) และจากการที่ผู้ดูแลมีการปรับลักษณะการทำงาน หรือต้องลาออกจางานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแล้ว ย่อมมีการสูญเสียรายได้และบางรายอาจมีหนี้สินเพิ่มขึ้นด้วย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) เนื่องจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทผู้ดูแลจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา เช่น ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง รวมทั้งค่าใช้จ่ายอื่นๆในครอบครัว ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง นอกจากนั้นยังพบว่าการศึกษาที่ต้องพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด ทำให้ผู้ดูแลต้องหยุดงานที่ทำอยู่ประจำทุกวัน จากการศึกษาที่ต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นในการดูแล ทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียรายได้และเงินออมลดลง ทั้งค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วย และค่ารักษาพยาบาลที่จำเป็นในระยะยาวและต่อเนื่อง (Eake, 1995) จึงทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่มีรายได้ไม่เพียงพอและมีปัญหาในด้านเศรษฐกิจ (นมิตา ล.สกุล, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของพรชัย พงศ์สงวนศิลป์ และคณะ (2541) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จิตเวช ญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ พบว่ารายได้ของผู้ดูแลมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากการที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเวช ทำให้ผู้ดูแลต้องสูญเสียรายได้และมีเงินออมลดลง

จะเห็นว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย และส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม เป็นผลให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ใจ วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย อาจทำให้เกิดการเบียดเบียนผู้ป่วย หรือละเลยการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังโดยไม่ได้รับการช่วยเหลือจากคนในครอบครัวจะเกิดความยุ่งยากในการดูแล ซึ่งผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้นเหล่านี้ล้วนส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำลงได้ หากผู้ดูแลสามารถหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือและปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆได้ จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดีและผู้ที่เป็นโรคจิตเภทก็จะได้รับ

การดูแลอย่างเหมาะสม ลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำได้ โดยเฉพาะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและผู้ดูแล เป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

2.6 บทบาทของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนับว่าเป็นภาระที่หนักของผู้ดูแลและครอบครัว เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลตนเองต้องพึ่งพาผู้ดูแลก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบทั้งทางร่างกายและจิตใจผู้ดูแล และพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน จากการศึกษาของ Macleod, Elliott & Brown (2011) พบว่าการให้การพยาบาลด้านสุขภาพจิตชุมชนให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล มีดังนี้

2.6.1 การให้ความรู้ (Educational intervention) เพื่อให้มีความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทและการจัดการที่มีประโยชน์ อาจกระทำได้ทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม ซึ่งมีข้อมูลหลักฐานว่าสามารถลดภาระในการดูแลของครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.6.2 การให้ความรู้สนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (Supportive family education) เน้นการสนับสนุนครอบครัวเกี่ยวกับการให้ความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพ เป้าหมายเพื่อลดความเครียดและภาระการดูแล เสริมสร้างคุณภาพการเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต

2.6.3 การบำบัดครอบครัว (Family intervention) เป็นการบำบัดที่มีรูปแบบพิเศษที่เน้นการดูแลทางด้านชีววิทยา เน้นที่การให้ยาและสังคมของผู้ป่วยจิตเภท เน้นที่การสื่อสาร การฝึกทักษะ การแก้ปัญหา การให้ความรู้ เครือข่ายทางสังคม โดยใช้หลักแนวคิดที่กล่าวว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว ส่งผลกระทบต่อภาระของครอบครัว

2.6.4 การสนับสนุนการบริการในชุมชน (Community support services) ได้แก่การจัดการรายกรณี การให้บริการเชิงรุก การเยี่ยมบ้าน โปรแกรมให้ผู้ดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน การให้คำปรึกษา การให้การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งมีพยาบาลอยู่ด้วย

2.6.5 กลุ่มสนับสนุนร่วมกัน (Mutual support groups) การใช้กลุ่มสนับสนุนเป็นสิ่งที่สามารถสร้างเสริมพลังอำนาจและการสนับสนุนทางสังคมได้เป็นอย่างดี สามารถลดภาระของครอบครัวได้

2.6.6 งานบริการกลางวัน (Day care services) เป็นลักษณะที่เป็นโปรแกรมการดูแลเพื่อลดภาระของครอบครัวโดยบุคลากรที่ได้รับการอบรมมาโดยเฉพาะ

กล่าวโดยสรุปบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านนับเป็นการปฏิบัติการพยาบาลเชิงรุกที่เน้นการช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและสังคม มุ่งการดูแลอย่างต่อเนื่องในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ โดยการนำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต รวมทั้งการพัฒนาความแข็งแกร่งของผู้ดูแลให้สามารถควบคุมสถานการณ์การดูแลได้ จะทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น และมีปัญหาในการดูแลลดลง เกิดความพึงพอใจในองค์ประกอบของชีวิต ส่งผลถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

3. คุณภาพชีวิต

ปัจจุบันในวงการทางสุขภาพจิตและจิตเวชตลอดจนการสาธารณสุขทั่วไป ได้มีการให้ความสนใจในการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมากยิ่งขึ้น โดยมีผู้ให้คำจำกัดความหรือมโนทัศน์ของคำว่า คุณภาพชีวิต ในความหมายต่าง ๆ กัน เช่น ความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being), ความสุข (Happiness), ความพึงพอใจในชีวิต (Complacency) ซึ่งในปัจจุบันได้มีนักวิชาการหลากหลายสาขา พยายามให้ความหมายหรือคำจำกัดความของคำว่า “คุณภาพชีวิต” อย่างกว้างขวาง

3.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตได้รับความสนใจและยังเป็นเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในประเทศต่างๆ เนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรจะทำให้การพัฒนาในด้านต่างๆ สามารถทำได้ดี รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ทางด้านสุขภาพได้นำแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมากำหนดเป็นเป้าหมายในการให้บริการการรักษาพยาบาล ไม่ใช่เพียงให้หายจากโรคหรือมีชีวิตรอดเท่านั้น แต่รวมถึงความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม (Cooley, 1998) ซึ่งคุณภาพชีวิตของแต่ละคนก็แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับว่าคุณคนนั้นจะรับรู้และประเมินสถานการณ์นั้นอย่างไร (The WHOQOL Group, 1996) นอกจากนี้ยังขึ้นกับความแตกต่างของสิ่งแวดล้อม อายุ สถานภาพทางสังคม วัฒนธรรม (Ferrans, 1990) จึงเป็นการยากที่จะอธิบายให้เข้าใจ หรือนิยามตรงกันในแต่ละบุคคล และยังมีความหมายหลายมิติ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามการรับรู้ของบุคคล ดังนั้นจึงมีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ ดังนี้

Ware (1984) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า หมายถึง ศูนย์รวมที่มีลำดับขั้นตอน ที่แสดงให้เห็นผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วย และการทำหน้าที่ของบุคคล ความรู้สึกเป็นอยู่ที่ดี และความทุกข์ทรมานทางจิตใจ รวมถึงการเข้าใจและรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและท้ายสุดคือ บทบาทและการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งจะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตมีความสำคัญ โดยเริ่มจากบุคคลแต่ละบุคคลไปจนถึงระดับสังคม

Ferrans & Powers (1992) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า หมายถึง ความรู้สึกผาสุกของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจแต่ละด้านของชีวิตและให้ความสำคัญองค์ประกอบต่างๆในชีวิต

Zhan (1992) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า หมายถึง ระดับความพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึกผาสุกในชีวิต โดยที่บุคคลสามารถรับรู้และประเมินได้ด้วยตนเองขึ้นอยู่กับประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล

The WHOQOL Group (1996) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า หมายถึง การรับรู้ถึงสภาวะของตนในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ภายใต้องค์ประกอบทางวัฒนธรรม ค่านิยมที่เขาอาศัยอยู่และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล มีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจ ซึ่งเป็นแนวคิดที่กว้างและซับซ้อนของบุคคล

ศิริ ฮามสุโพธิ (2543) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า หมายถึง ชีวิตของบุคคลที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระและไม่ก่อให้เกิดปัญหาแก่สังคม เป็นชีวิตที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสามารถดำรงชีวิตที่ชอบธรรมสอดคล้องกับสภาพแวดล้อม และค่านิยมสังคม ตลอดจนแสวงหาสิ่งที่ตนปรารถนาให้ได้มาอย่างถูกต้องภายใต้เครื่องมือและทรัพยากรที่มี

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554 ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วย “คุณภาพ” หมายถึงลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ “ชีวิต” หมายถึงความเป็นอยู่ ความหมายของ “คุณภาพชีวิต” จึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลถึงความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต โดยมีองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านใหญ่ๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม และในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้ความหมายขององค์การอนามัยโลก เนื่องจากการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

3.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีหลายมิติ ขึ้นอยู่กับทัศนะของแต่ละบุคคลหรือสังคม ซึ่งมีผู้กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้หลากหลาย โดยแต่ละองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมีความสำคัญแตกต่างกันไป ดังนี้

Ferrans & Powers (1992) พิจารณาองค์ประกอบคุณภาพชีวิตจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในองค์ประกอบของชีวิต ได้ 4 องค์ประกอบ คือ

1) สุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and functioning) ได้แก่ การดูแลสุขภาพของตนเอง การพักผ่อน การทำกิจกรรมต่างๆ ในเวลาว่าง การมีกิจกรรมในครอบครัว การเดินทาง

2) สังคมเศรษฐกิจ (Socioeconomy) ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความสงบทางจิตใจ การบรรลุเป้าหมายในชีวิต ความพึงพอใจในเรื่องต่างๆไป

3) จิตวิญญาณ (Psychological spirituality) ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความสงบทางจิตใจ การบรรลุเป้าหมายในชีวิต ความพึงพอใจในเรื่องต่างๆไป

4) ครอบครัว (Family) ได้แก่ ความสุขในครอบครัว ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บุตร ภาวะสุขภาพของครอบครัว

Zhan (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล โดยบุคคลสามารถรับรู้และประเมินได้ด้วยตนเอง ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

1) ด้านความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) เป็นการรับรู้ในสิ่งที่ตนเป็นอยู่ ได้แก่ ความพึงพอใจในสภาพความเป็นอยู่ สภาพแวดล้อมและการดำเนินชีวิต

2) ด้านอัตมโนทัศน์ (Self concept) เป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่มีต่อตนเอง การยอมรับและการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง รวมถึงภาพลักษณ์ของตนเอง

3) ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย (Health and functioning) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถทางด้านร่างกาย สุขภาพ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

4) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic) เป็นการรับรู้ถึงความพึงพอใจในด้านสังคมทั่วไป รวมถึงรายได้ อาชีพ การศึกษา

Ferrell (1996) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง ได้สรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตไว้ 4 ด้าน คือ

1) ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well-being) เป็นความรู้สึกของบุคคลในการควบคุมหรือบรรเทาความเจ็บป่วยด้านร่างกายและคงไว้ถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย

2) ความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological well-being) เป็นการเผชิญต่อความรู้สึกเจ็บป่วยของบุคคล เช่น ความเครียด ความรู้สึกกลัว ให้มีความรู้สึกทางบวกกับสิ่งที่เกิดขึ้น

3) ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) ได้แก่ ความหวัง ความเชื่อด้านศาสนา

4) ความผาสุกด้านสังคม (Social well-being) เป็นความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมและบทบาทในสังคม

The WHOQOL Group (1996) ได้นำแนวคิดคุณภาพชีวิตมาปรับปรุงใหม่ในปี ค.ศ.1995 และได้จัดองค์ประกอบใหม่โดยรวมองค์ประกอบทางด้านเข้าด้วยกันเหลือเพียง 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1) ด้านร่างกาย (Physical domain) คือการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกาย การรักษาทางการแพทย์ การรับรู้ถึงผลกำลั้งในการดำเนินชีวิตประจำวัน การพักผ่อนนอนหลับ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ ความสามารถในการจัดการกับความเศร้า ความกังวล การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิตและความเชื่อที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship domain) คือ การรับรู้ด้านความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การได้รับรู้ว่าตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่ามีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการสุขภาพ บริการทางด้านสังคม การรับรู้ว่ามีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร ได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

จากที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นได้ว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตนั้นมีผลต่อการดำรงชีวิต ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำหรับการดำเนินชีวิตและส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งคุณภาพชีวิตนั้นประกอบด้วยหลายองค์ประกอบ โดยมีความหมายที่มีความแตกต่างกันตามแนวคิดแต่ละแนวคิด ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ WHO (1996) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบที่สำคัญใน

ชีวิต ซึ่งเป็นมิติที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

3.3 คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยเฉพาะสมาชิกครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลที่จะต้องรับภาระอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว (เยวาลักษณ์ กลิ่นหอม, 2540) ซึ่งภาระอันหนักนี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านต่าง ๆ ดังนี้

3.3.1 ด้านร่างกาย (Physical domain) การมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสมาชิกครอบครัวในด้านร่างกายเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการเรื้อรัง ต้องได้รับการดูแลรักษาในระยะยาว บางครั้งมีอาการรุนแรง หรือมีพฤติกรรมที่ไม่อาจคาดคะเนได้ เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน พูดคนเดียว ต่ำว่าเพื่อนบ้าน ก้าวร้าว ฆ่าตัวตาย เป็นต้น มีการศึกษางานวิจัยที่สนับสนุนว่า ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ดูแลต้องประสบกับปัญหา หรือภาระทางด้านร่างกายเป็นอย่างมาก ได้แก่สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมีความรู้สึกอ่อนแอ หดแรงแรง มีการพักผ่อนไม่เพียงพอ (บุบผา ธนิกกุล, 2554) ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลในด้านการดำเนินชีวิตส่วนตัว เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการและสุขนิสัยในการรับประทานอาหาร เช่นรับประทานอาหารมากกว่าเดิม หรือเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง บางรายมีอาการเป็นโรคกระเพาะอาหาร เช่น ปวดท้อง นอนไม่หลับ เหน็ดเหนื่อย ไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง จนสุขภาพเสื่อมโทรม (รจนา ปุณโณทก, 2550) ในการเป็นผู้ดูแลขั้นต้นของผู้ป่วยจิตเภทนั้น เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายแก่ผู้ดูแลเป็นอันมาก คือ มีภาระงานที่ต้องทำอย่างหนัก ไม่มีกำหนดเวลาที่แน่นอน จนรู้สึกเหนื่อยในการดำเนินชีวิตประจำวัน ต้องคอยดูแลด้านความปลอดภัยของตนเอง ผู้ป่วยและสิ่งของต่างๆ บางครั้งถูกทำร้ายร่างกายจนได้รับบาดเจ็บ บางครั้งถูกรบกวนเรื่องการนอนหลับ การพักผ่อน ในรายที่เป็นคู่สมรส เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจในเรื่องเพศสัมพันธ์ที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากผลข้างเคียงของยาบางชนิดที่ผู้ป่วยได้รับ (เยวาลักษณ์ กลิ่นหอม, 2540)

3.3.2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) นอกจากผลกระทบต่อด้านร่างกายแล้ว การดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจควบคู่ไปด้วยเสมอ จากการที่ผู้ดูแลได้รับความเดือดร้อนจากการดูแลนั้น ทำให้มีการตอบสนองทางด้านอารมณ์ในแบบต่าง ๆ เช่น การปฏิเสธไม่ยอมรับ เกิดอารมณ์ซึมเศร้า โกรธ มีการคาดหวังจากผู้ป่วยสูงเกินไป เกิดความรู้สึกตึงเครียด อยู่ตลอดเวลา ต้องคอยเฝ้าดูว่าผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบเมื่อใด บางคนมีความรู้สึกกว่าตนผิด คิดว่าตนทำให้ผู้ป่วยต้องเป็นโรคนี (Kane, 1984; เยวาลักษณ์ กลิ่นหอม, 2540) ผู้ดูแลมีความเครียดกับการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย รู้สึกหวาดกลัวอาการทางจิตที่รุนแรงซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า (Sethabouppha, 2002) ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเดือดร้อนใจ ขุ่นเคือง เศร้าโศก เครียด และกังวลในเรื่องต่างๆ ทั้งที่เกี่ยวกับผู้ป่วยเองและผลที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วย (วันเพ็ญ อึ้งวัฒนศิริกุล, 2550)

3.3.3 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship domain) พบว่าผู้ดูแลมีภาระเกิดความยุ่งยากต่อการดำเนินชีวิต มีผลกระทบต่อการทำงานการบริหารเวลา และกิจกรรมทางสังคมของผู้ดูแล (Sethabouppha, 2002) ทำให้ขาดการพักผ่อน ขาดการออกกำลังกาย มีเวลาพบ

เพื่อนน้อยลง มีเวลาร่วมกับครอบครัวน้อยลง ความสัมพันธ์กับญาติพี่น้องเหินห่างไป (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543) ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานๆและต่อเนื่อง มักเกิดความรู้สึกเป็นภาระที่เหนื่อยหน่าย เครียด ความอดทนลดลง ทำให้มีความขัดแย้งกันในครอบครัวได้เสมอ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) ขาดความเป็นอิสระไม่มีเวลาทำกิจกรรมส่วนตัวได้ตามต้องการ ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะไปร่วมกิจกรรมทางสังคมได้เหมือนเดิม เพราะทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่ลำพังนานไม่ได้ ทำให้ผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลงไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทได้อย่างสมบูรณ์ (Ip & Mackenzie, 1998) จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทต้องพึ่งพาการดูแลจากคนในครอบครัวทำให้สมาชิกในครอบครัวบางคนที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวไม่สามารถประกอบอาชีพสร้างฐานะทางเศรษฐกิจและขาดความมั่นคงทางสังคม (ลิธิก ชูโต, 2553)

3.3.4 ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) การที่มีผู้ป่วยจิตเภทในการดูแลส่งผลกระทบต่อด้านสิ่งแวดล้อมต่อผู้ดูแลและบุคคลอื่นที่อยู่รอบข้าง ทั้งในส่วนของความปลอดภัยและความมั่นคงในชีวิตของผู้ดูแล เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางรายมีพฤติกรรมที่เป็นอันตราย ก้าวร้าวรุนแรง ไม่เป็นมิตรกับผู้อื่น (เสาวลักษณ์ ยาสุวรรณ, 2545) อาจทำร้ายผู้อื่นได้และผู้ดูแลไม่สามารถที่จะควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวได้ (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543) ทำให้ถูกสังคมตีตรา กีดกันผู้ป่วยและคนในครอบครัวออกจากสังคม เนื่องจากถูกมองว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายและน่ารังเกียจ (ต้นติมา ด้วงโยธา, 2553) และการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของคนในครอบครัวทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียรายได้และเงินออมที่ลดลงทั้งจากค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วย ค่ารักษาพยาบาลที่จำเป็นในระยะยาวและต่อเนื่อง โดยเฉพาะครอบครัวที่มีความยากลำบากทางด้านการเงินอยู่เดิม (Li et al., 2007)

สรุปได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านเศรษฐกิจ ซึ่งผลกระทบดังกล่าวมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ดังนั้นควรมีการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล เพื่อคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแล

3.4 การประเมินคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญในการดูแลสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางตัดสินใจให้บริการทางสุขภาพ ซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิตนั้น ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ในการวิจัย มีผู้เสนอเกณฑ์ในการวัดคุณภาพชีวิตไว้หลายเกณฑ์ ได้แก่

Meeberg (1993) ได้เสนอเกณฑ์ไว้ 2 ด้านดังนี้

1) ด้านวัตถุวิสัย (Objective) การประเมินด้านวัตถุวิสัยเป็นการประเมินโดยผู้อื่น โดยอาศัยข้อมูลที่เป็นจริงด้านรูปธรรมที่มองเห็น นับได้ วัดได้ เช่น ข้อมูลทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม

2) ด้านจิตพิสัย (Subjective) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจของชีวิต ซึ่งน่าเชื่อถือที่สุด เพราะเป็นการพิจารณาตัดสินคุณภาพชีวิตด้วยบุคคลนั่นเอง

Frank–Stromberg (1988) กล่าวว่า การประเมินคุณภาพชีวิต สามารถพิจารณาเลือกเครื่องมือได้หลายรูปแบบและหลายประเด็น วิธีแรก คือ เครื่องมือประเมินคุณภาพที่เป็นข้อมูลเชิง

คุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณ (Qualitative and quantitative data) เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการระบุประเด็นเฉพาะที่มีผลกระทบจากโรค ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมเปลี่ยนแปลง วิธีที่สอง คือ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัยและเชิงจิตวิสัย (Objective and Subjective instrument) การประเมินคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย คือ การประเมินคุณภาพชีวิตโดยบุคลากร ผู้ประเมินสามารถสังเกตได้โดยตรง

Berlin & Flech (2003) ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 แบบ คือ

1) แบบประเมินในเชิงจิตวิสัย (Subjective) ซึ่งประเมินได้โดยให้บุคคลประเมินตนเอง (Self-rated)

2) แบบประเมินในเชิงวัตถุวิสัย (Objective) ซึ่งประเมินโดยให้บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ประเมิน (Clinician-rated)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1992) ได้กำหนดแบบวัดคุณภาพชีวิตซึ่งสามารถประเมินคุณภาพชีวิตบุคคลได้ครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL- BREF- THAI) เป็นเครื่องมือ วัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึงการประเมินค่าที่เป็น จิตวิสัย (Subjective) ซึ่งฝังแน่นอยู่กับบริบททางวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อม เพราะฉะนั้นนิยามของคุณภาพชีวิตจะเน้นไปที่การรับรู้ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ตอบ ไม่ได้คาดหวังที่จะเป็นวิธีการที่จะวัดในรายละเอียดของอาการโรค หรือสภาพต่างๆ แต่ถือเป็นการประเมินผลของโรค และวิธีการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิต เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกนี้ เป็นเครื่องชี้วัดที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีก 2 ข้อคำถาม หลังจากนั้นคณะทำงานพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHOQOL-BREF โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษากับคนที่มีพื้นฐานแตกต่างกัน นำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำ ทำเช่นนี้อีก 3 รอบ

การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.65 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL - 100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ

วิธีการใช้

เป็นแบบวัดที่ผู้ตอบสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ไม่จำกัดเพศ ในกรณี ที่ไม่สามารถอ่านออก เขียนได้ อาจใช้วิธีให้บุคคลอื่นอ่านให้ฟังและผู้ตอบแบบประเมินเป็นผู้เลือก คำตอบด้วยตนเอง เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิดคือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1. **ด้านร่างกาย (Physical domain)** คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การ

รับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องพึ่งพาอาศัยใครๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ลักษณะของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิการตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียด หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships domain) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL- BREF- THAI) เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากสามารถวัดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่จะศึกษาครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน และครบถ้วนตามบริบททางวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อมของสังคมไทย

3.5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.5.1 ปัจจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต พบปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ดังนี้

Herman (1999) เป็นนักวิจัยที่เห็นความสำคัญของการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลขั้นต้นของผู้ป่วยเรื้อรังที่ป่วยด้วยโรคทางกาย โรคจิตและคนพิการ ในประเด็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยนั้น Herman ได้ให้ความเห็นว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลนั้น มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1) ลักษณะเฉพาะของบุคคลผู้ดูแล (Caregiver characteristics) ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ และลักษณะพื้นเพของชนชาติ

2) ลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยหรือผู้พิการที่ต้องการ การดูแล (Care recipient characteristics) ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะของความสัมพันธ์กับผู้ดูแล รายได้ ลักษณะของสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลและสภาพของการเจ็บป่วย

3) สถานการณ์การดูแล (Caregiver situation) ได้แก่ ลักษณะของกิจกรรมที่กระทำ ระยะเวลาของการดูแล ค่าใช้จ่ายในการดูแล ความถี่ของปัญหาในการดูแล ลักษณะของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ

4) การรับรู้ที่มีบทบาทการเป็นผู้ดูแล (Cognitive/affective response to caregiver role) ได้แก่ ทศนคติ หรือความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคนั้น การรับรู้ภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ของผู้ป่วยเรื้อรัง ลักษณะของพฤติกรรมควบคุมตนเอง การให้คุณค่าของบทบาทที่เป็นผู้ดูแลและประสบการณ์การเป็นผู้ดูแล

5) สุขภาพจิตและสุขภาพกายของผู้ดูแล (Mental and physical health) ได้แก่ สภาพที่ส่งเสริม หรือบั่นทอนสุขภาพกายและจิตใจ พฤติกรรมสุขภาพและความพึงพอใจในชีวิต

6) ตัวแปรอื่นที่เกี่ยวข้อง (Possible mediating variables) ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล และสนับสนุนทางสังคม การได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งอื่นๆ แหล่งประโยชน์และกลยุทธ์การจัดการปัญหา

Lauer (1999) ได้ทำการทบทวนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในการดูแล สุขภาพจิต (Mental health care) พบว่ามีปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1) ปัจจัยทางด้านสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านวัตถุนิสัย (Objective) ซึ่งข้อมูลจากปัจจัยทางสังคมนี้จะเป็นตัวสะท้อนให้เห็นถึงความเป็นอยู่ของคุณคนในสังคม รวมถึงอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและลักษณะของสังคมประชากรได้เป็นอย่างดี

2) ปัจจัยด้านจิตใจ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมาก เนื่องจากสภาวะทางอารมณ์และจิตใจของคุณคน จะส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตได้แตกต่างกันและการรับรู้ของคุณคนนั้นมีพื้นฐานมาจากประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา ซึ่งจะส่งผลต่อการประเมินคุณภาพชีวิตด้านจิตวิสัย (Subjective) บุคคลที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ มักจะประเมินคุณภาพชีวิตตามอารมณ์ความรู้สึกของตนเองแตกต่างกันไป

3) ปัจจัยด้านการรักษา เป็นปัจจัยที่ได้รับการกล่าวถึงอย่างมากในการศึกษาคุณภาพชีวิต เพราะหากการรักษาให้ประโยชน์กับผู้ป่วยอย่างแท้จริงก็จะส่งผลต่อผู้ป่วยในระยะยาว ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา และจะช่วยลดปัญหาการขาดยาได้อีกทางหนึ่ง

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตพบว่ามีหลายปัจจัย ซึ่งแตกต่างกันไปตามกรอบแนวคิดที่ต้องการศึกษา สำหรับการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต และให้ความสำคัญสอดคล้องกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน

3.5.2 ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปร โดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมีดังนี้ อายุ (เฟื่องฟ้า สีสวย, 2550) รายได้ (Li et al, 2007) ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย (Chan & Chang, 1999) ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (Lueboonthavatchai & Lueboonthavatchai, 2006) ความเข้มแข็งในการมองโลก (Erikson & Lindstrom, 2007) ภาระในการดูแลผู้ป่วย (Tomoko, Andrea & Hitoshi, 2003) และการสนับสนุนทางสังคม (Helgeson, 2003) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

อายุ

อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในเรื่องของความคิด และพฤติกรรม รวมทั้งประสบการณ์ชีวิต เป็นตัวบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะ หรือความสามารถในการจัดการต่อสิ่งต่างๆ ของบุคคล บุคคลจะเกิดการเรียนรู้และความสามารถในการเข้าใจและตัดสินใจโดยความสามารถเหล่านี้ จะเพิ่มขึ้นตามอายุ จะสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา วัยผู้ใหญ่จะเป็นบุคคลที่มีความรู้ และประสบการณ์ มีอารมณ์ที่มั่นคง สามารถประกอบกิจกรรมได้สำเร็จได้ด้วยความยืดหยุ่น สามารถสร้างและดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น มีความรับผิดชอบ ยอมรับการสูญเสีย และความผิดหวัง นอกจากนี้การมีวุฒิภาวะมากขึ้นทำให้มีรูปแบบการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย ส่งผลให้มีความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า (เฟื่องฟ้า สีสวย, 2550) โดยผลการศึกษาของ Ruggeri et al.(2002) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ผู้ที่มีอายุมากมักมีแนวโน้มในการปรับตัวต่อการสูญเสียความสามารถในหน้าที่การงานได้ดีกว่า ในขณะที่ในบางงานวิจัย พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต เนื่องจากผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีความเสื่อมถอยของสุขภาพร่างกายไปตามอายุ อาจมีการปรับตัวที่ไม่ดีและเกิดความเครียดในการดูแลได้ ทำให้การดำเนินชีวิตในสังคมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ลดลงได้ (วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ, 2554) ดังนั้นอายุจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เฟื่องฟ้า สีสวย (2550) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL- BREF- THAI) พบว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปีมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และจากการศึกษาของเยาวลักษณ์ กลิ่นหอม (2540) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเป็นผู้ที่อยู่ในวัยกลางคนและมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ (2554) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

รายได้

รายได้นับเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพล และมีความเกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ของบุคคล ฐานะเศรษฐกิจ ความพึงพอใจ และมีความสำคัญต่อความต้องการขั้นพื้นฐานและการดำรงชีวิตส่งผลถึงความผาสุกในชีวิตได้ (เฟื่องฟ้า สีสวย, 2550) จากการศึกษาของพรชัย พงศ์สงวนศิลป์ และคณะ (2541) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เฉพาะกรณีศึกษาโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า รายได้มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ดูแลต้องสูญเสียรายได้และมีเงินออมลดลง ทั้งจากค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วย ค่ารักษาพยาบาล

ที่จำเป็นในระยะยาวและต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Li et al. (2007) ที่ศึกษาภาระในการดูแลและคุณภาพชีวิตของคนในครอบครัวที่ให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทในประเทศจีน โดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลตามแนวคิดของ Montgomery et al. (2006) และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ที่ปรับปรุงมาในรูปแบบภาษาจีน พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ดูแลได้ดีที่สุดคือ ภาวะสุขภาพและรายได้ของครอบครัวของผู้ดูแล ดังนั้นหากผู้ดูแลมีรายได้ที่เพียงพอและเหลือเก็บก็จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย

การปรับตัวเป็นกระบวนการที่บุคคลมีพฤติกรรมกระทำ และการแสดงความรู้สึกเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อรักษาความสมดุลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ถ้าผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ในระยะเวลาที่รวดเร็ว ก็จะไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต แต่ถ้าผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวได้อาจเกิดความเครียด เบื่อหน่าย มีความคลุมเครือในบทบาทหรือขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และหากผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ที่ต้องดูแลผู้ป่วยว่าเป็นการคุกคามชีวิตของตนเอง อาจมีผลกระทบต่อนคุณภาพชีวิตได้ (เฟื่องฟ้า สีสวย, 2550) จากการศึกษาของ Chan & Chang (1999) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังในฮ่องกง พบว่าระยะเวลาในการดูแลมีกระทบทางด้านบวกต่อผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลจะสามารถจัดการกับภาระงานที่ต้องดูแลและจะพัฒนาทักษะในการดูแลได้ดีเมื่อเวลาผ่านไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Hoyert & Seltzer (1996) ที่พบว่าระยะเวลาการดูแลมีผลกระทบต่อภาระการดูแลของญาติผู้ป่วย และจากการศึกษาของ ธัญญาภรณ์ ดาวนพแก้ว (2547) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดชลบุรี พบว่า ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์กับความผาสุกของผู้ดูแล กล่าวคือ จำนวนเดือนที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยมาก ความผาสุกของผู้ดูแลก็จะมากขึ้น ดังนั้นระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ดูแล

ความเข้มแข็งในการมองโลก

ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นแนวคิดที่สำคัญในการศึกษาทฤษฎีความผาสุก ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มุ่งค้นหาคำตอบเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลดำรงภาวะสุขภาพที่ดีและมีความผาสุกในชีวิต โดยการที่บุคคลจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าและยังคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีและมีความผาสุกได้นั้น ต้องอาศัยแหล่งประโยชน์ต่างๆ ซึ่งความเข้มแข็งในการมองโลกถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่เป็นคุณลักษณะที่อยู่ในตัวบุคคล ที่ช่วยให้บุคคลมีการจัดการกับสิ่งเร้าหรือปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Antonovsky, 1993) ในที่นี้จะขอกล่าวถึง ความหมาย องค์ประกอบ การประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก และความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

ความหมายของความเข้มแข็งในการมองโลก

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายของความเข้มแข็งในการมองโลกไว้ ดังนี้ Antonovsky (1993) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นการรับรู้ของบุคคลอย่างเชื่อมั่นว่า ไม่ว่าจะมีปัญหาหรือเหตุการณ์ใดๆ เกิดขึ้นทั้งภายในตัวเองและสิ่งแวดล้อมภายนอก ก็จะสามารถเข้าใจ จัดการแก้ไข และปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่มีความหมายที่จะเข้าไปจัดการแก้ไข การรับรู้แบบนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้ออำนวยต่อการจัดการ หรือหลีกเลี่ยงภาวะเครียดที่

เกิดขึ้น ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงหรือความผันผวนต่างๆในชีวิต จึงสามารถดำรงความมีสุขภาพดีและความผาสุกในชีวิตอยู่ได้

ซูซึน ชิวพุนผล (2541) ได้ให้ความหมายความเข้มแข็งในการมองโลกไว้ว่า เป็นโครงสร้างทางบุคลิกภาพทางเจตคติและความเชื่อของบุคคล ที่เน้นมุมมองในด้านการทำความเข้าใจ และให้ความหมายกับ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งการมองแนวทางในการจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ

สรุปได้ว่าความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการที่จะจัดการและเผชิญต่อสิ่งเร้าต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างเหมาะสม โดยเน้นมุมมองในการเข้าใจสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบชีวิต สามารถบริหารจัดการ และให้ความหมายเหตุการณ์หรือสิ่งเร้านั้นมีคุณค่าที่จะแก้ไข เพื่อให้สามารถดำรงความมีสุขภาพดีและมีความผาสุกในชีวิต

ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นมโนทัศน์หลักที่สำคัญของทฤษฎีความผาสุกในชีวิต (The salutogenic model) ของ Aaron Antonovsky (1993) นักสังคมวิทยาการแพทย์ชาวอิสราเอล ได้ศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดของบุคคล การเผชิญปัญหา และภาวะสุขภาพ ของบุคคล (Antonovsky, 1993) ทฤษฎีความผาสุกในชีวิต เป็นทฤษฎีที่มุ่งอธิบายเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำรงภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิตบุคคล มากกว่าการอธิบายปัจจัยหรือสาเหตุ ของโรค ทฤษฎีความผาสุกในชีวิต มองภาวะสุขภาพของบุคคลเป็นวงจรต่อเนื่อง (Health continuum) โดยระดับความผาสุกสูงสุด จะอยู่ด้านริมสุดของวงจร เรียกด้านภาวะสุขภาพดี (Salutary end หรือ Health-ease) และความเจ็บป่วยจะอยู่ริมสุดด้านตรงกันข้ามกับความผาสุก เรียกด้านการเกิดโรค หรือความเจ็บป่วย (Health breakdown หรือDisease) ภาวะสุขภาพของบุคคลจะอยู่ระดับใดนั้นขึ้นอยู่กับความเครียด แรงกดดันที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อม และความสามารถในการต้านทานความเครียดของแต่ละคน ด้วยเหตุที่ความเครียด หรือสถานการณ์เครียด ที่คุกคามชีวิตของบุคคลที่มีอยู่ทั่วไปในสภาวะแวดล้อมของมนุษย์ และเป็นสิ่งที่มนุษย์ต้องเผชิญอยู่ตลอดเวลา หลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงมีการตอบสนองของความเครียดเกิดขึ้นโดยธรรมชาติในแต่ละคนที่แตกต่างกันออกไป การตอบสนองต่อความเครียดเป็นสิ่งสำคัญ ช่วยป้องกันให้บุคคลนั้นคงไว้ซึ่ง ภาวะสุขภาพและความผาสุกในระดับสูงสุดของบุคคล ซึ่งอาศัยแหล่งปัจจัยต้านทานความเครียด (Generalized resistance resources) ร่วมกับความเข้มแข็งในการมองโลกที่เป็นคุณลักษณะในตัวบุคคลช่วยส่งเสริมให้เกิดขึ้น Antonovsky ได้ข้อสรุปจากการศึกษาและการตั้งข้อสังเกตในกลุ่มเชลยสงครามที่ถูกกักกัน ซึ่งต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นความเครียด พบว่ามีเชลยบางคนยังคงมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทาง ร่างกายและจิตใจ ในขณะที่เชลย อีกหลายคนเกิดความเจ็บป่วย และมีความเครียด Antonovsky ได้สัมภาษณ์เชลยสงครามที่ได้รับบาดเจ็บ จำนวน 51 ราย และทำการวิเคราะห์ข้อมูลได้ข้อสรุปว่า เชลยสงครามกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพดีนั้นเป็นกลุ่มบุคคลที่มองโลกหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับชีวิตของตนในลักษณะ 3 ประการ คือ (Antonovsky,1987 อ้างถึงใน จรินทร์ รัตนวานิชกุล, 2554)

1) เหตุการณ์ หรือ สิ่งเร้าที่เกิดขึ้นจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายใน และภายนอกนั้น มีระบบระเบียบสามารถให้คำอธิบายด้วยเหตุและผลได้ และสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้

2) เมื่อเกิดเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เป็นความเครียด บุคคลสามารถหาแหล่งประโยชน์หรือมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยในการสนองตอบต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้

3) เหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งทำลาย มีคุณค่า และค้ำค่าในการตอบสนองหรือแก้ไขให้สำเร็จลงไป

องค์ประกอบของความเข้มแข็งในการมองโลก

ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นการรับรู้และประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ โดยมีองค์ประกอบ 3 ประการ (Antonovsky, 1993) ดังนี้

1) ความสามารถทำความเข้าใจ (Comprehensibility) เป็นองค์ประกอบที่ทำให้บุคคลมีความเข้าใจ รับรู้ถึงสิ่งเร้าหรือความเครียดที่มาจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตนนั้น มีลำดับขั้นตอนชัดเจน ไม่ยุ่งยากซับซ้อน หรือเกิดขึ้นแล้วอธิบายไม่ได้ แต่สิ่งเร้าหรือความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นสามารถจัดลำดับ เข้าใจ และทำนายได้ แม้ไม่อาจจะให้คำตอบอย่างชัดเจนแต่สามารถทำความเข้าใจ และให้ความรู้สึกกับสิ่งนั้นได้

2) ความสามารถในการจัดการ (Manageability) เป็นองค์ประกอบที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่ามีแหล่งประโยชน์เพียงพอที่จะใช้ควบคุม หรือจัดการกับสิ่งเร้าที่รบกวนชีวิต แหล่งประโยชน์เหล่านั้นอาจมาจากตนเอง หรือบุคคลอื่นที่เป็นกลุ่มคนที่ตนคุ้นเคยและไว้วางใจ เช่น คู่สมรส เพื่อนฝูง ผู้ใกล้ชิด ผู้ร่วมงาน สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ ผู้นำในสังคมของแต่ละคน แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ ทำให้ไม่รู้สึกว่าเหตุการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่น่ากลัว สามารถเผชิญกับเหตุการณ์และปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ด้วยความมั่นใจ ไม่รู้สึกหวาดกลัว หรือเศร้าใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างไม่มีที่สิ้นสุด

3) ความสามารถให้ความหมาย (Meaningfulness) เป็นองค์ประกอบที่ทำให้บุคคลมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนว่า มีความหมาย เป็นสิ่งทำลาย มีคุณค่าและรู้สึกยินดีที่จะเผชิญ หรือจัดการแก้ไขโดยไม่รู้สึกว่า เป็นภาระที่ยุ่งยาก บุคคลจะทำการค้นหาความหมายในสิ่งที่เกิดขึ้น และจะทำดีที่สุด เพื่อให้ผ่านพ้นเหตุการณ์นั้น สามารถค้นหาความหมายในสิ่งที่เกิดขึ้น แสดงพฤติกรรมหรือกระทำกิจกรรมที่เอาชนะสิ่งที่เกิดขึ้นด้วยความมั่นใจ

การประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก

Antonovsky (1993) ได้กล่าวถึงการประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกไว้ว่าสามารถกระทำได้หลายวิธี เช่น การรายงานด้วยตนเอง หรือการสังเกตพฤติกรรม ดังนั้นเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน จึงได้สร้างแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 29 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ มีข้อความทางบวก 16 ข้อ และข้อความทางลบ 13 ข้อ ครอบคลุมทั้ง 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1) ประเมินความเข้าใจในสิ่งเร้า เป็นการประเมินการรับรู้ที่มีต่อสิ่งเร้า ทั้งภายในและภายนอก ในด้านความรู้สึก ความเข้าใจ ความชัดเจน ความมีหลักการ การอธิบายเหตุผล การตัดสินใจ ตลอดจนความสามารถในการคาดการณ์ล่วงหน้า ที่เกิดขึ้นทั้งในอดีต ปัจจุบันและอนาคต ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ

2) ประเมินการจัดการกับสิ่งเร้า เป็นการประเมินความสามารถในการแก้ปัญหา และการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ เข้ามาช่วยแก้ปัญหา หรือความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งในอดีต ปัจจุบันและอนาคต ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ

3) ประเมินการให้ความหมายของสิ่งเร้า ว่าเป็นสิ่งเร้าที่มีคุณค่า มีความหมายพอที่จะเข้าไปจัดการใดๆ ให้อยู่ในภาวะที่สมดุล ทั้งในอดีต ปัจจุบันและอนาคต ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ

เครื่องมือวัดดังกล่าวได้ผ่านการหาความตรงของเครื่องมือโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิและนำเครื่องมือไปหาความเชื่อมั่นโดยนำแบบสอบถามนี้ไปใช้ในงานวิจัย 26 ฉบับ กับกลุ่มตัวอย่างชาวอิสราเอล อเมริกา แคนาดา และประเทศอื่นๆ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคระหว่าง .82-.95 (Antonovsky, 1993) ในประเทศไทยได้มีการแปลแบบสอบถามนี้โดย สมจิตร หนูเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ และพรธวัช (2532) แล้วใช้ศึกษาในกลุ่มพยาบาลประจำการ 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 และศึกษาในกลุ่มอาจารย์พยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้ตรวจการจำนวน 230 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90 ต่อมา กาญจนา ขาวนอก (2547) ได้นำแบบสอบถามนี้มาใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 250 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .78

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกของ Antonovsky (1987) ฉบับแปลเป็นไทยโดย สมจิตร หนูเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ และพรธวัช (2532) ซึ่งนำมาปรับปรุงแก้ไขโดยกาญจนา ขาวนอก (2547) เพื่อให้เข้ากับบริบทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ความสัมพันธ์ของความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ภายในตัวบุคคล ที่จะช่วยให้คนมีการมองและจัดการกับสิ่งเร้าต่างๆ ที่เข้ามากระทบได้ดี ซึ่งจะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ และภาวะสุขภาพที่ดีนั้น จะมีผลต่อการประมาณค่าภาพรวมความผาสุกของบุคคล คือในด้านของการไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ การมีความรู้สึกว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับตน การมีความรู้สึกทางบวกต่อตนเอง มีอารมณ์ที่เบิกบาน มองโลกและสิ่งต่างๆ ในแง่ดี มีความรู้สึกสนุกสนาน และมีความรู้สึกพึงพอใจต่อชีวิตของตนเอง (Antonovsky, 1993) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับคำว่าคุณภาพชีวิตในทฤษฎีขององค์การอนามัยโลก ที่ว่าคุณภาพชีวิต หมายถึงการรับรู้ของบุคคลถึงสภาวะของตนด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล และจากการศึกษาของเยาวลักษณ์ กลิ่นหอม (2540) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่าคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับสูงและ มีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคล นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของกาญจนา ขาวนอก (2547) ที่ศึกษาเปรียบเทียบความเข้มแข็งในการมองโลกและวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งในการมองโลกของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูง สูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่า

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีความสำคัญอย่างยิ่ง ผู้ดูแลที่มีสุขภาพดีจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่ภาวะซับซ้อนได้ดี (พจนี ไตรเกษมศักดิ์, 2553) ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญต่อการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หากผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพที่ดีจะส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทได้ดี

ความหมายของภาวะสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้สนใจศึกษาและให้ความหมายของภาวะสุขภาพไว้ ดังนี้

WHO (1986) ให้ความหมายว่า ภาวะสุขภาพ คือ สภาวะความสมบูรณ์ของร่างกาย และจิตใจ ตลอดจนความเป็นอยู่ในสังคมที่ดี ไม่หมายรวมเฉพาะการปราศจากโรค หรือความพิการเท่านั้น

Orem (2001) กล่าวถึง ภาวะสุขภาพ เป็นสภาวะของบุคคลที่มีความสมบูรณ์ดีหรือปราศจากโรคภัยที่สามารถดำรงหรือพัฒนาโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจ ภาวะสุขภาพเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพ ด้านจิตใจ และด้านสังคม การมีสุขภาพดี มิได้หมายความว่าไม่เกิดโรคเท่านั้น แต่จะต้องสามารถใช้พลังงานที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้

Pender (2002) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นสุขภาพที่เน้นถึงความเป็นองค์รวม (wholeness) และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นภาวะที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และความผาสุกของสังคม ไม่เพียงแต่ความไม่มีโรคและแข็งแรงเท่านั้น

Anderson (2005) ให้ความหมายของสภาวะสุขภาพว่า เป็นภาวะที่บุคคลสามารถทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณได้เป็นอย่างดี เป็นสิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงสม่ำเสมอ และมีการปรับตัวต่อความเครียด เพื่อให้สู่ภาวะสมดุล

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ภาวะสุขภาพ เป็นภาวะความสมบูรณ์ของ ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งมีการปฏิสัมพันธ์กันตลอดเวลา เพื่อให้เกิดความสมดุลในแต่ละบุคคล ไม่สามารถแยกจากกันได้ และมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมนั้นๆ ทำให้บุคคลปราศจากโรคภัยและสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้

ภาวะสุขภาพของบุคคลนั้นประกอบด้วย ภาวะที่มีสุขภาพที่ดีและภาวะเจ็บป่วยสลับกันหรือต่อเนื่องไป และเป็นประสบการณ์ตลอดชีวิตทุกคนที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ การรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพนั้นจะต้องดำเนินไปตามแกนความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วยเป็นสิ่งผิดปกติเล็กน้อย และไม่ใช่อุปสรรคในการดำเนินชีวิต ดังนั้นการรับรู้ของบุคคลเหล่านี้ในเรื่องความเจ็บป่วยเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในกระบวนการของการพัฒนา และการเจริญเติบโต ขณะที่บางคนมีการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่รบกวน และคุกคามต่อชีวิตอย่างมากทำให้สูญเสียความเป็นบุคคลตามมา คือความกลัว ท้อแท้ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของบุคคลที่แตกต่างกันนี้มีอิทธิพลต่อกำลังใจในการต่อสู้ปัญหาที่เข้ามารบกวนชีวิตแตกต่างกันด้วย (กาญจนา ร้อยนาค และคณะ, 2550)

องค์ประกอบของภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพตามความหมายขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1986) ประกอบด้วย

1) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลังไม่เป็นโรคไม่พิการไม่บาดเจ็บ มีเศรษฐกิจดี มีอาหารพอเพียง มีสภาพแวดล้อมที่สร้างเสริมสุขภาพซึ่งคำว่าภายในที่นี้หมายถึงทางกายภาพด้วย

2) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง ผ่อนคลาย ไม่เครียด มีความเมตตา มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมถึงลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วยเพราะตราบดีที่ยังมีความเห็นแก่ตัวจะมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทางจิตไม่ได้

3) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง มีการอยู่ร่วมกันได้ดี มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริการที่ดี

4) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดีหรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตากรุณา การเข้าถึงพระ รัตนตรัย หรือการเข้าถึงพระเจ้า สุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่ไม่ระคนอยู่กับการเห็นแก่ตัว แต่เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตน จึงมีอิสรภาพ มีความผ่อนคลายอย่างยิ่ง เบาสบาย มีความปีติแผ่ซ่านทั่วไป มีความสุขอันปราณีตและล้ำลึก หรือความสุขอันเป็นทิพย์ มีความเอื้ออาทร เห็นอกเห็นใจ

การประเมินภาวะสุขภาพ

ปัจจุบันมีเครื่องมือที่ใช้วัดภาวะสุขภาพที่หลากหลาย ในการเลือกใช้แบบสอบถามจะต้องเลือกที่เหมาะสม เป็นแบบสอบถามที่มีคุณสมบัติที่ดี เพื่อให้การวัดผลนั้นสามารถบ่งชี้ถึงผลกระทบได้อย่างแท้จริง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพ Short-Form-36 (SF-36) ซึ่งสร้างและพัฒนาโดย The Medical Outcome Trust ประเทศสหรัฐอเมริกา เนื่องจากเป็นแบบสอบถามประเภททั่วไป ที่มีการใช้อย่างแพร่หลายทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย สามารถวัดได้ทุกกลุ่มคนและทุกโรค ประกอบกับมีการวิจัยคุณสมบัติต่างๆอย่างดี (วัชรลี เลอฆานกุล และ ปารณีย์ มีแต่้ม, 2548) ซึ่งประกอบด้วยคำถามจำนวน 36 ข้อ เกี่ยวกับสุขภาพ 8 มิติ คือ

1) มิติการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Physical functioning) หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร

2) มิติด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากสุขภาพทางกาย (Role limitation due to physical problems) หมายถึง ปัญหาเกี่ยวกับการทำงานหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอันเนื่องมาจากสุขภาพทางด้านร่างกาย

3) มิติด้านความเจ็บปวด (Bodily pain) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานและความเจ็บปวด

4) มิติด้านสุขภาพทั่วไป (General perception) หมายถึง ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปที่ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของแต่ละบุคคล

5) มิติด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) หมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมทางสังคม เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

6) มิติด้านพลังงาน (Vitality) หมายถึง การประเมินความรู้สึกเหนื่อยล้าหรือความรู้สึก กระปรี้กระเปร่าด้วยตนเอง

7) มิติด้านสุขภาพจิตทั่วไป (General mental health) หมายถึง การรับรู้ถึงสภาวะอารมณ์ และความรู้สึกทางจิตใจของแต่ละบุคคล

8) มิติด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์ (Role limitation due to emotional problems) หมายถึง ข้อจำกัดการแสดงบทบาทของบุคคลจากปัญหาด้านจิตใจ

ในประเทศไทยได้มีการนำแบบประเมินภาวะสุขภาพ SF-36 มาแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย วัชรลี เลอฆานกุล และ ปารณีย์ มีแต่้ม (2548) โดยวิธีแปลไปข้างหน้าและแปลกลับ ทดสอบความตรงตามโครงสร้างและความเที่ยงภายใน ใช้ในกลุ่มตัวอย่างคนทั่วไปจำนวน 448 คน ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ความตรงตามโครงสร้างด้วยวิธี Mutitriat scaling analysis

และการวิเคราะห์องค์ประกอบ ผลการวิเคราะห์แบบสอบถามมีคุณสมบัติความเที่ยงที่ดี ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .70-.86 และมีความตรงส่วนใหญ่เป็นไปตามเกณฑ์ สามารถนำไปใช้วัดภาวะสุขภาพในกลุ่มคนต่างๆได้ Lueboonthavatchai & Lueboonthavatchai (2006) ได้ปรับปรุงแบบประเมินภาวะสุขภาพ โดยทำการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสุขภาพจิตในกรุงเทพฯ จำนวน 120 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .78 ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพ SF-36 ที่ได้รับการปรับปรุงโดย Lueboonthavatchai & Lueboonthavatchai (2006) เนื่องจากมีความเหมาะสมที่จะนำมาประเมินภาวะสุขภาพตามบริบทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

ความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในทางที่เสื่อม ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและโรคเรื้อรัง เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพที่เชื่อมโยงกันทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ความสามารถในการทำกิจกรรมและบทบาททางสังคมลดลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตมีระดับลดลง และหากไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ มากนัก ก็จะทำให้เกิดความพึงพอใจที่สามารถทำงานได้ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆได้ดี ไม่มีข้อจำกัด ส่งผลให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความพึงพอใจในชีวิต ก็จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง (จิราพร ทองดี และคณะ, 2555) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lueboonthavatchai & Lueboonthavatchai (2006) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมที่สัมพันธ์กันของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสุขภาพจิตในกรุงเทพฯ พบว่าภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลและคุณภาพชีวิตของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศจีนของ Li et al. (2007) พบว่าภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติทางด้านความคิด มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ รวมทั้งการดำเนินชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยเฉพาะผู้ดูแล ซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่อง จึงเป็นผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระในการดูแล

ความหมายของภาระในการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม มีผู้ให้ความหมายของภาระในการดูแลหลายแนวความคิด ดังนี้ Pai & Kapur (1981) ได้ให้ความหมายของ การรับรู้ภาระผู้ดูแล คือ ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) หมายถึงการได้รับผิดชอบ และดูแลผู้ป่วยจิตเวชขณะที่อยู่บ้านและความยากลำบากที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเป็นการรับรู้ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) ซึ่งหมายถึง กิจกรรมการดูแลที่ประกอบด้วยปัจจัยการดูแล 2 ด้านคือด้านผู้ป่วยและด้านผู้ดูแล

Montgomery et al. (1985) ให้ความหมายว่า ภาระการดูแลเป็นการรับรู้และความรู้สึกของผู้ดูแลที่แสดงถึงความเดือดร้อนจากการดูแลผู้ป่วยโดยแบ่งภาระของผู้ดูแลเป็น 2 มิติคือ ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากการทำกิจกรรมการดูแล มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกหรือการมีปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแล

George and Gwyther (1986 cited in Susan et al., 1999) ให้ความหมายว่า เป็นความยากลำบาก หรือเป็นสิ่งแวดล้อมสุขภาพร่างกาย จิตอารมณ์ เศรษฐกิจ สังคมของผู้ดูแล ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย

เพ็ญพักตร์ อุทิศ (2554) ให้ความหมายว่า ภาระการดูแล คือ ความเครียดหรือภาระที่เป็นผลมาจากการตอบสนองหลายมิติของผู้ดูแลต่อสถานการณ์ดูแล มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การดูแล แบ่งเป็น ภาระเชิงอัตวิสัย เป็นภาระที่เป็นรูปธรรมอันเป็นผลเนื่องมาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล และภาระเชิงจิตวิสัย เป็นความคิดความรู้สึกหรือความกลุ้มใจอันเป็นผลมาจากการรับรู้ของผู้ดูแลต่อสถานการณ์การให้การดูแล ซึ่งมักแสดงออกโดยทัศนคติและอารมณ์

จากที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ภาระของผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้และการประเมินสถานการณ์ของผู้ดูแลต่อการทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ว่าเป็นปัญหา ความยุ่งยากหรือเป็นสิ่งที่รบกวนต่อตนเองในการดำเนินชีวิต โดยแบ่งเป็นภาระที่รบกวนการทำกิจวัตรประจำวันและภาระที่รบกวนความรู้สึกละอารมณ์ของผู้ดูแล

จะเห็นได้ว่า ได้มีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับภาระในรูปแบบที่แตกต่างกันตามการรับรู้ของแต่ละคน ซึ่งแนวคิดที่จะนำไปใช้ควรที่จะเป็นแนวคิดที่ตรงกับความสนใจของแต่ละคนและเหมาะสมกับงานวิจัยนั้นๆ สำหรับแนวความคิดเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในงานวิจัยนี้คือ แนวความคิดภาระของผู้ดูแล (Caregiver burden) ของ Montgomery et al. (1985) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมภาระหรือปัญหาการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความชัดเจน

องค์ประกอบของภาระของผู้ดูแล

Montgomery et al. (1985) ได้แบ่งภาระของผู้ดูแลออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่

- 1) ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึก ปฏิกริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลจากประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเดือร้อน อับอาย ความโกรธ ความกังวล ความรู้สึกเกินกำลัง และทัศนคติของผู้ดูแล
- 2) ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลในด้านต่างๆ ได้แก่ ความเป็นส่วนตัว สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การมีกิจกรรมร่วมในสังคม ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทำให้หน้าที่การทำงานเปลี่ยนแปลงและก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ

การประเมินภาระในการดูแลผู้ป่วย

Montgomery et al. (1985) ได้พัฒนาและประเมินภาระในการดูแลออกเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย ซึ่งในประเทศไทยได้มีการแปลและเรียบเรียงโดย นพรัตน์ ไชยชำนาญ (2544) ซึ่งนำมาประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93 ซึ่งการประเมินในลักษณะนี้ คะแนนรวมในแต่ละมิติสามารถนำมาพิจารณาภาระของผู้ดูแลเฉพาะมิตินั้นๆได้ จึงทำให้เห็นภาระในการดูแลผู้ป่วยในมุมมองที่แตกต่างกัน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาภาระในการดูแลโดยใช้วิธีการประเมินความแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) เนื่องจากเป็นการมองภาระที่ชัดเจนครอบคลุมมากที่สุด แบบประเมินที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นแบบประเมินภาระในการดูแลผู้ป่วยของบุบผา ธนิกกุล (2554) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินภาระในการดูแลของนพรัตน์ ไชยชำนาญ (2544) ตามแนวคิดของ

Montgomery et al. (1985) ผ่านการตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86 เพื่อให้มีความเหมาะสมในการประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยแบบวัดภาวะ 2 ประเภท ได้แก่ ภาวะเชิงอัตนัยและภาวะเชิงปรนัยมีข้อคำถามรวม 24 ข้อ ดังนี้

1) ภาวะเชิงอัตนัย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติ ประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 10 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11 และ 12

2) ภาวะเชิงปรนัย เป็นความรู้สึกรู้สึกเกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อความทางลบทั้งหมด

ความสัมพันธ์ของภาวะในการดูแลกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เมื่อผู้ดูแลประเมินว่าตนเองมีศักยภาพไม่เพียงพอที่จะจัดการกับภาระงานที่มีอยู่ ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมมากและในขณะเดียวกันก็รู้สึกยากลำบากมากด้วย ย่อมส่งผลทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระ การที่ต้องใช้เวลาและมีความเครียดในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอันอาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลทำให้ความสุขและความพึงพอใจต่อตนเองลดลง ซึ่งผลกระทบดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลรับรู้คุณภาพชีวิตลดลง เนื่องจากคุณภาพชีวิตเกิดจากความสมดุลระหว่างความพึงพอใจและไม่พึงพอใจในองค์ประกอบสำคัญของชีวิต โดยที่บุคคลจะพึงพอใจในชีวิตเมื่อบุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเพียงพอกับความคาดหวังหรือเป้าหมายในชีวิต หากผลกระทบที่ไม่พึงปรารถนาที่เกิดขึ้นและปัจจัยพื้นฐานบางประการ ทำให้บุคคลไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้อย่างเพียงพอกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ บุคคลก็จะพึงพอใจในชีวิตลดลงหรือไม่พึงพอใจในชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากความต้องการดังกล่าวเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญกับผู้ดูแลแล้ว บุคคลก็จะมีคุณภาพชีวิตลดต่ำลงที่สุดในที่สุด (นมิตา ล.สกุล, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของ Li et al. (2007) ที่พบว่าภาวะในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเป็นไปตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ที่กล่าวว่า ภาวะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในเชิงอัตนัยและปรนัย เนื่องจากภาระงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทตลอดเวลา ทำให้บุคคลไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตทางลบได้

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ในชีวิต (ทีปประพิน สุขเขียว, 2543) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของมนุษย์ (อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์, 2546)

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม โดยมีนักวิจัยได้ให้ความหมายซึ่งมีทั้งแตกต่างกันและคล้ายคลึงกัน ดังนี้

Caplan (1974) ได้ให้คำจำกัดความการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่คุณจะได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ

Cobb (1976) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่คุณได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า มีบุคคลให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่อง รวมทั้งความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมที่มีการติดต่อ และผูกพันกันและกัน

House (1981) ได้ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งประกอบด้วยความรักความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน การให้ข้อมูลข่าวสาร แรงงาน ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง

Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) ได้เสนอแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง การที่คุณได้รับการสนับสนุนจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของคุณในสังคมที่มีการติดต่อและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่คุณได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม โดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ ทำให้บุคคลเชื่อว่า มีบุคคลให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่อง รวมทั้งความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมที่มีการติดต่อ และผูกพันซึ่งกันและกัน เพื่อนำมาซึ่งความพอใจ เป็นแหล่งประโยชน์ในการดูแลตนเองให้บรรลุถึงสุขภาพที่ดีและความผาสุก ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการการสนับสนุนทางสังคมตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

- 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณได้รับความรัก การเอาใจใส่ ได้รับความสนิทสนม มีความผูกพันรักใคร่และไว้วางใจซึ่งกันและกัน
- 2) การสนับสนุนด้านการยอมรับและความรู้สึกมีคุณค่า (Esteem support) เป็นการช่วยเหลือที่คุณรับรู้ว่าคุณเองมีคุณค่า และผู้อื่นยอมรับและมองเห็นคุณค่าของตนเอง
- 3) การสนับสนุนแบบเครือข่าย (Network support or social support) ช่วยให้คุณคลั่งรู้สึกว่าคุณมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีส่วนร่วมในสังคมของตนด้วย

Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

- 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการช่วยให้คุณรู้สึกว่าคุณเองได้รับความใกล้ชิด ความผูกพัน ความรู้สึกอบอุ่นใจ เชื่อมมั่นและวางใจ
- 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้ความรู้ ความเข้าใจ คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา หรือการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของคุณ
- 3) การสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ เครื่องใช้ (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ การเงินหรือบริการ

บุญพา ณ นคร (2538) ได้นำแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) มาแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วยการสนับสนุนทางจิตวิทยา และการสนับสนุนทางด้านสิ่งของที่จับต้องได้ ดังนี้

1) การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองได้รับความใกล้ชิด ความไว้วางใจ ความรักและความผูกพัน

2) การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) หมายถึง การช่วยเหลือให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองและมองเห็นคุณค่าของตน

3) การได้มีส่วนร่วมและยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network support) หมายถึง การช่วยเหลือให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองมีส่วนร่วม เป็นเจ้าของในสังคม

4) การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้รับข้อมูล คำแนะนำในการแก้ปัญหาและได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล

5) การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงานและบริการ (Tangible support) หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือโดยให้สิ่งของ เงินทอง หรือการช่วยเหลือบริการ

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีองค์ประกอบหลายมิติ จึงทำให้เครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อการประเมินการสนับสนุนทางสังคมมีความหลากหลาย แตกต่างกันไป บางชนิดใช้ประเมินเฉพาะแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพียงด้านเดียว บางชนิดประเมินทั้งแหล่งสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ถึงลักษณะของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับซึ่งการเลือกใช้แบบประเมินการสนับสนุนแบบใดนั้น ขึ้นอยู่กับความต้องการในการประเมินของผู้ศึกษาว่าต้องการประเมินการสนับสนุนทางสังคมเพื่อครอบคลุมองค์ประกอบใดบ้าง (อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์, 2546) ในการวิจัยนี้ได้ใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นโดย บุญพา ณ นคร (2538) ตามแนวคิดของ Cobb (1976) ร่วมกับแนวคิดของ Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) โดยเป็นการประเมินความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อการได้รับการช่วยเหลือที่บุคคลได้รับจากครอบครัวและสังคม เนื่องจากเป็นแบบวัดที่ผ่านการทดสอบความตรงของเนื้อหามาแล้ว และมีความเชื่อมั่นที่สามารถนำมาใช้ในการวิจัยได้ จากการนำแบบประเมินไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 120 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88 และข้อคำถามสามารถประเมินการสนับสนุนทางสังคมด้านจิตใจ และการสนับสนุนด้านสิ่งของที่จับต้องได้ มีความครอบคลุมการตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานของบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต โดยแบ่งการประเมินการสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า การได้มีส่วนร่วมและยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน และบริการ และการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งแก้วตา มีศรี (2554) ได้นำมาปรับปรุงเพื่อให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ประเมินผู้ดูแลผู้ป่วย โดยนำไปใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 143 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90 ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 24 ข้อ ได้แก่ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์มี 5 ข้อ คือ ข้อ 1-5 การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า 5 ข้อ คือข้อ 6-10 การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มี 5 ข้อ คือข้อ 11-15 การได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของมี 5 ข้อ คือข้อ 16-20 การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารมี 4 ข้อ คือข้อ 21-24

ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากผลกระทบของการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเครียด กัดดันในชีวิต การสนับสนุนทางสังคมสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ดูแลได้ โดยเป็นแรงกระตุ้นที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนให้ความรักและดูแลเอาใจใส่สนใจ ยกย่องหรือเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม (Cobb,1976) การที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะช่วยให้ความเครียดลดลง สามารถปรับตัวได้เหมาะสมนำไปสู่การเกิดความพึงพอใจในชีวิตตามมา (Cohen & Will,1985) การสนับสนุนทางสังคมนั้นมีทั้งประโยชน์ทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อสุขภาพของบุคคล ช่วยให้บุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดความตึงเครียด และสถานการณ์วิกฤติของชีวิต ช่วยลดความรุนแรงของปฏิกิริยาตอบสนองด้านอารมณ์ ทำให้สามารถปรับตัวและเผชิญกับปัญหาได้ดียิ่งขึ้น (หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545) จากการศึกษาของ ลิธิฎ ชูโต (2553) และ Bengtsson-Top et al. (2001) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมและความพึงพอใจในระดับสูงของการติดต่อทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในอนาคต นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Lueboonthavatchai & Lueboonthavatchai (2006) ที่พบว่าภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

3.6 บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การพยาบาลจิตเวช เป็นงานที่มีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ทำให้เกิดผลดีต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในฐานะพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงจึงมี ดังนี้

1) บทบาทในการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล โดยการทำการประเมิน วินิจฉัย วิเคราะห์ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จัดหาและให้การพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยใช้ความรู้ทางทฤษฎีพยาบาล ผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขและต้องคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ดูแลในขณะวางแผนการพยาบาลโดยการประเมินแบบแผนในชีวิตประจำวันของผู้ดูแล แบบแผนการพึ่งตนเองและการพึ่งพาผู้อื่น ศักยภาพความแข็งแรง ความชอบไม่ชอบ ซึ่งจะช่วยให้สามารถวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม (Lubkin,1986)

2) บทบาทในการให้ความรู้ พยาบาลมีบทบาทในการเป็นผู้ให้การสนับสนุนชี้แนะให้ผู้ดูแลสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ในการเยียวยาตนเองได้อย่างเหมาะสม นั่นคือต้องมีความสามารถในการเชิงวิชาชีพ โดยใช้ความรู้ทั้งจากศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์สาขาอื่นมาใช้เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคล การรับรู้ ความรู้สึกนึกคิด การเผชิญปัญหาและความเครียดเหตุการณ์ในชีวิตและระบบครอบครัว (จอม สุวรรณโณ, 2542)

3) บทบาทเป็นผู้บริหารจัดการ โดยเป็นผู้นำในการปรับปรุงระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีคุณภาพการให้บริการพยาบาล จัดระบบบริการให้เหมาะสม โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ที่ผู้รับบริการหรือผู้ดูแลจะได้รับ โดยเฉพาะระบบบริการพยาบาลที่จะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลให้ดีขึ้น

4) บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา โดยพยาบาลสามารถให้คำปรึกษากับผู้ดูแลในด้านปัญหาสุขภาพและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยสามารถดำเนินการได้โดยอิสระและมีความเหมาะสมอย่างยิ่งเพราะพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ใกล้ชิดกับผู้ดูแลมากที่สุด มีโอกาสรับรู้เข้าใจความรู้สึกได้ดีและสามารถสร้างสัมพันธภาพได้ง่าย รวมทั้งรับผิดชอบในการกระทำของตนเองเพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเองและสามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ที่เกี่ยวข้องและทีมสุขภาพได้ช่วยให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจที่จะต่อสู้และปรับตัวในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

5) บทบาทนักวิจัย โดยการสร้างองค์ความรู้ใหม่ และทำการศึกษาค้นคว้าติดตามผลการวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลทั้งในสาขาการพยาบาลและสาขาอื่นๆ ตลอดจนมีความสามารถในการนำผลการวิจัยมาใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพและเพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลให้ดีขึ้นซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการพยาบาล

Lubkin & Payne (1998) ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพยาบาลที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ดูแลไว้ ดังนี้

1) พยาบาลต้องให้การสนับสนุน โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อที่บ้านและครอบครัวสามารถทำกิจกรรมดูแลตนเองที่จำเป็น ต้องมีความสามารถประเมินสภาพแวดล้อมภายในบ้านได้อย่างเหมาะสม สามารถปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในบ้าน และสรรหาแนวทางที่ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ความสามารถและการกระทำของพยาบาลในสิ่งเหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อโรคเรื้อรังได้และดูแลตนเองที่บ้านเป็นเวลานาน

2) พยาบาลต้องคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยขณะวางแผนการพยาบาล แบบแผนการพึ่งพาผู้อื่น ศักยภาพความแข็งแรง ความชอบ ความไม่ชอบ ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากภาระเรื้อรังของโรค จะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลที่ผู้ป่วยยอมรับ ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

3) พยาบาลต้องยึดถือปรัชญาของการพยาบาล โดยเน้นการให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการไม่เฉพาะทางด้านร่างกายเท่านั้น ควรให้ความสำคัญต่อการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณและด้านวัฒนธรรม ให้ครอบคลุมสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่มีระยะการเจ็บป่วยนาน

4) พยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งบทบาทดังกล่าวจะมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมและได้รับประโยชน์สูงสุด

5) พยาบาลต้องตระหนักถึงความจำเป็นในการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดูแล ประเด็นสำคัญในการทำงานเป็นทีมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต คือ ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสมาชิกทีมสุขภาพ การส่งเสริมการสื่อสารภายในทีม การกำหนดเป้าหมายของการทำงานเป็นทีม

สรุปได้ว่าบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต พยาบาลจะต้องตระหนักถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านและการให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งพยาบาลต้องตระหนักถึงการช่วยเหลือและสนับสนุนการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จึงควรมุ่งเสริมสร้างความสามารถของผู้ดูแล รวมถึงการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วม

ร่วมกับทีมการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และเต็มใจรับภาระการดูแลต่อไป

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 งานวิจัยในประเทศ

พรชัย พงศ์สงวนสิน, จุฬารัตน์ วิระชะรัตน์ และชุตติมา ประทีปะจิตติ (2541) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ(พยาบาล) ซึ่งศึกษาเฉพาะในกรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 211 คน 182 คนและ 177 คนตามลำดับ โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL- BREF) ผลการศึกษาพบว่า 1) ระดับคุณภาพชีวิตตามการประเมินตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านและพยาบาลพบว่าส่วนใหญ่ประเมินตนเองอยู่ในระดับปานกลางทั้งสิ้น ร้อยละ 67.8, 59.9 และ 63.3 ตามลำดับ 2) ปัจจัยด้านเพศ อายุ การศึกษาและสถานภาพสมรส ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านและพยาบาล ส่วนปัจจัยทางการเงินมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชและญาติที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวช แต่ไม่มีผลกับคุณภาพชีวิตของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 3) ผู้ป่วยจิตเวช ญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านและพยาบาล มีคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สมฤดี สิทธิมงคล (2541) ได้ทำการศึกษาความต้องการในการดูแล ความเครียดจากการดูแล การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา โดยศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา จำนวน 100 คน ที่มารับการตรวจที่โรงพยาบาลราชวิถี โดยใช้แบบสอบถามความต้องการการดูแล ความเครียดจากการดูแล การเผชิญปัญหา และแบบวัดคุณภาพชีวิตญาติผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลรับรู้การมีคุณภาพชีวิตในระดับค่อนข้างสูง ความเครียดจากการดูแล อายุของผู้ดูแล และความต้องการในการดูแลเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 38.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เสาวลักษณ์ ยาสวรรณ (2545) ได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ศึกษาในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่นำผู้ป่วยจิตเภทมาตรวจรักษาหรือรับยาแทนผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลฝางและโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 80 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL- BREF) ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 83.43 ร้อยละ 17.50 อยู่ในระดับสูง และร้อยละ 2.50 อยู่ในระดับต่ำ

นรวิร์ พุ่มจันทร์ (2548) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน และคุณภาพชีวิตของญาติรวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกับคุณภาพชีวิตของญาติและระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยโดยคัดเลือกจากผู้ป่วยและญาติจำนวน 72 คน เป็นผู้ป่วย 36 คน ญาติ 36 คน โดยใช้เครื่องมือวัดคือ 1) แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวแบบ visual analog scale 2) แบบวัดอาการทางจิต (PANSS)

3) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL- BREF) ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติอยู่ในระดับกลาง ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและญาติคือ สัมพันธภาพในครอบครัว อาการทางจิตของผู้ป่วยมีความรุนแรงต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภททั่วไป ปัจจัยที่มีผลต่ออาการทางจิตคือ การศึกษา อาชีพ คุณภาพชีวิตของญาติมีความสัมพันธ์กับระดับอาการทางจิตของผู้ป่วย ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติ คือ รายได้ของครอบครัว

เฟื่องฟ้า สีสวย (2550) ได้ทำการศึกษาค้นคว้าคุณภาพชีวิตและปัจจัยเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 260 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel ADL Index) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน และปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล คือ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวทางกาย และการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้ คือ การสนับสนุนทางสังคม โรคประจำตัวทางกายและรายได้

วันเพ็ญ อึ้งวัฒนศิริกุล (2550) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยศึกษาปัจจัยสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล โดยศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 87 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียด แบบสอบถามการเผชิญความเครียด แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลมีความเครียดระดับปานกลาง การเผชิญความเครียดที่ผู้ดูแลเลือกใช้มากที่สุด คือ การจัดการกับปัญหาการบรรเทาความเครียด และการจัดการกับอารมณ์ ตามลำดับ ด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ญาติผู้ดูแลประเมินว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุดจากกลุ่มสมาชิกในครอบครัว เพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิด และบุคลากรทางการแพทย์ตามลำดับ ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตและการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

วิไลพร ขำวงษ์ จตุพร หนูสวัสดิ์ วรารัตน์ ประทานวรปัญญา และจิตาภา ศิริปัญญา (2554) ได้ทำการศึกษาค้นคว้าคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลบางกร่าง อ.เมือง จ.นนทบุรี จำนวน 345 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่ามีปัจจัยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้และฐานะการเงิน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

4.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

Ruggeri M. (2002) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสุขภาพจิตชุมชนในตอนใต้ของรัฐเวโรนา ประเทศอิตาลี จำนวน 268 คน ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยได้แก่ อายุและเพศ ปัจจัยด้านอาการของโรค การวินิจฉัยโรค ความสามารถในการทำงานของผู้ป่วย และประเภทของการมารับบริการที่ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน มีผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับตัวชี้วัดของแต่ละชุมชนด้วย แต่สิ่งสำคัญที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยคือ การดูแลที่มีประสิทธิภาพและการรับรู้ตนเองของผู้ป่วย

Abdel et al. (2005) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนประเทศชูดานและประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้ดูแล โดยศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มาใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 211 คน ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชนิด 26 คำถาม ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีความพึงพอใจกับจุดแข็งของสังคมแบบดั้งเดิมและไม่พอใจด้านนี้ทางเศรษฐกิจของประเทศ ผู้ดูแลมีคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยจิตเวชไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และความสัมพันธ์กับคนในสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

Lueboonthavatchai & Lueboonthavatchai (2006) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตกับภาวะสุขภาพและแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 120 คน ที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสุขภาพจิต กรุงเทพมหานคร 3 แห่ง ใช้แบบสอบถามแบบประเมินด้วยตนเอง 3 ส่วน คือ 1) Quality of life index generic version- III 2) Short form 36 health survey (SF-36 Health Survey) 3) Questionnaire for Assessment of social support ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 66.67) และพบว่าภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

Li et al. (2007) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะในการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งศึกษาในสมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคจิตเภทในสาธารณรัฐประชาชนจีน จำนวน 96 คน โดยใช้แบบวัดภาวะในการดูแลผู้ป่วยและแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกที่ปรับปรุงมาในรูปแบบภาษาจีน ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีที่สุดคือความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และปัจจัยที่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้ดีที่สุดคือภาวะสุขภาพของผู้ดูแลและรายได้ของครัวเรือน

Caqueo-Urizar et al. (2009) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยนำงานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ผ่านเว็บไซต์ MEDLINE , PubMed, Web of Science และ PsycINFO ซึ่งใช้คำค้นว่า quality of life, burden, schizophrenia, families, caregivers และทุกคำรวมกัน ที่ได้รับการเผยแพร่ในช่วงปี ค.ศ. 1998-2008 มีจำนวน 258 เรื่อง แต่ได้ทำการคัดเลือกให้เหลือเพียง 37 เรื่องเพื่อนำมาทำการวิเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่าความพึงพอใจเกี่ยวกับการฟื้นฟูของผู้ป่วยมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล สภาพร่างกาย อารมณ์ และความทุกข์ทางเศรษฐกิจมี

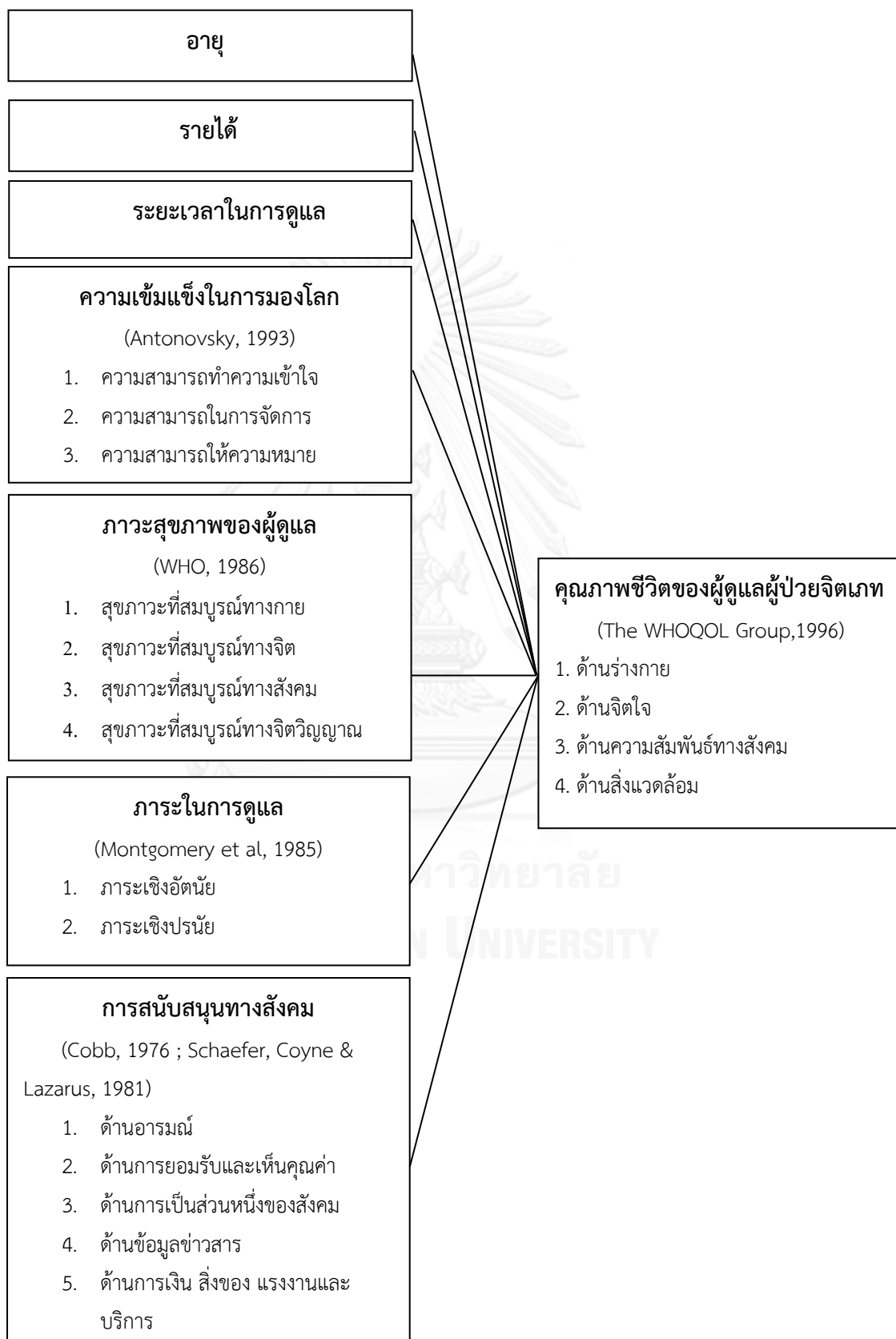
ความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต และภาวะของผู้ดูแลรวมถึงการขาดการสนับสนุนทางสังคมมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมีระดับลดลงได้

ZamZam et al. (2011) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ดูแลที่มีผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งศึกษาในผู้มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในคลินิกระดับตติยภูมิในประเทศมาเลเซีย จำนวน 117 คน โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL-BREF) แบบวัดอาการทางจิต (BPRS) และแบบวัดความเครียด (SRRS) ผลการศึกษาพบว่าระดับความรู้ของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพและอาการทางจิตของผู้ป่วยที่มีน้อย มีผลทางด้านบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

Boyer et al. (2012) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเปรียบเทียบกันระหว่างครอบครัวของผู้ป่วยในประเทศชิลีกับประเทศฝรั่งเศส ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในทั้ง 2 ประเทศที่มีลักษณะแตกต่างกันทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม โดยเก็บข้อมูลจากผู้มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในสถาบันสุขภาพจิต Arica ประเทศชิลี และ Marseille ประเทศฝรั่งเศส โดยมีผู้ดูแลจากประเทศชิลี 41 คน และจากประเทศฝรั่งเศส 245 คน ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตแบบ Short- Form health survey scale- 36 item (SF36) ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศชิลีมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศฝรั่งเศสและการบริการด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางเศรษฐกิจของผู้ดูแลรวมทั้งระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลทั้ง 2 ประเทศอยู่ในระดับต่ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยดังต่อไปนี้ คือ อายุ รายได้ ระยะเวลาการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะในการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุนทางสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังแสดงไว้ในกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

5. กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมแพทยอเมริกัน (ICD-10) ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านและพาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์ที่มีคลินิกจิตเวชในเขตภาคกลาง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10 ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยพาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลราชบุรีและโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

1. ผู้ดูแลมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เป็นบุคคลในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน
2. มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดเป็นบิดา มารดา พี่ น้อง บุตรและญาติ หรือมีความผูกพันทางกฎหมายเป็นสามีหรือภรรยา ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยไม่ได้รับค่าจ้าง ค่าตอบแทนหรือสิ่งของใดๆจากการดูแล
3. ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาในระยะให้ยาต่อเนื่อง (Stabilization phase) และระยะอาการคงที่ (Maintenance phase)
4. สามารถอ่านออก เขียนได้ พูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง สามารถสื่อสารเข้าใจได้
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยสูตรของ Thorndike (1978) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$n = 10k + 50$$

(n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง k = จำนวนตัวแปรที่ศึกษา)

การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 8 ตัวแปร ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจึงเป็น

$$n = 10(8) + 50 = 130 \text{ คน}$$

เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10% (Dillman, 2000) รวมเป็น

$$130 + (10\% \times 130) = 143 \text{ คน}$$

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยวิธีสุ่มแบบเจาะจงซึ่งมีคุณสมบัติคือเป็นผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจหรือมารับยาแทนที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลศูนย์ที่มีคลินิกจิตเวชในเขตภาคกลาง โดยมีขั้นตอนในการคัดเลือกดังนี้

1. สำรวจโรงพยาบาลศูนย์ในเขตสาธารณสุขภาคกลาง ซึ่งพบว่ามียุทธศาสตร์ทั้งหมด 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลอยุธยา และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จากนั้นทำการสุ่มโรงพยาบาลโดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลากโรงพยาบาล 3 แห่งแบบไม่แทนที่ จากทั้งหมด 5 แห่ง ซึ่งผลการสุ่มได้ โรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลราชบุรี และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช

2. กำหนดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่จะเก็บข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลตามจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก เนื่องจากผู้มารับบริการของแต่ละโรงพยาบาลมีจำนวนไม่เท่าเทียมกัน จากการสำรวจประชากรของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลนครปฐมและโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช มีจำนวนผู้ป่วยในปี 2555 ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยจิตเภท	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
โรงพยาบาลนครปฐม	1,826 คน	33 คน
โรงพยาบาลราชบุรี	3,660 คน	65 คน
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช	2,474 คน	45 คน
รวม	7,960 คน	143 คน

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยเก็บจากผู้ดูแลที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้เตรียมไว้สำหรับเก็บข้อมูล โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2556 ถึงวันที่ 10 พฤศจิกายน 2556 จนครบจำนวน 143 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ที่ประกอบไปด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับสถานภาพทั่วไป ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการดูแลและความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลก ตามแนวคิดของ Antonovsky (1987) ซึ่งแปลเป็นไทยโดยสมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) ปรับปรุงโดยกาญจนา ขาวนอก (2547) แบบสอบถามมีทั้งหมด 29 ข้อประกอบด้วย ข้อที่มีความหมายทางบวก 16 ข้อและข้อที่มีความหมายทางลบ 13 ข้อแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับคะแนนที่น้อยที่สุด คือ 1 คะแนน

ระดับคะแนนที่มากที่สุด คือ 7 คะแนน

ให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ตั้งแต่ 1-7 ซึ่งในแต่ละข้อคำถามจะมีลักษณะของคำตอบแตกต่างกันไป การให้คะแนนข้อที่เป็นลบจะกลับคะแนนก่อนแล้วจึงรวมคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกทั้งหมด ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 29 – 203 คะแนน

การแปลผล ระดับของความเข้มแข็งในการมองโลกมี 3 ระดับ (กาญจนา ขาวนอก, 2547) ดังนี้
 29 - 86 คะแนน แสดงถึง การมีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับต่ำ
 87 - 144 คะแนน แสดงถึง การมีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับปานกลาง
 145 - 203 คะแนน แสดงถึง การมีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยได้มีการดัดแปลงเนื้อหา ของข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ซึ่งเป็นพยาบาลปฏิบัติการสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง (APN) จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาล จำนวน 1 คน และจิตแพทย์ที่มีประสบการณ์การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบ ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยใช้เกณฑ์ในการ ตัดสินความตรงตามเนื้อหา ตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า $CVI \geq 0.80$ (Polit & Hungler, 2006) จากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณได้ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.90

ในประเด็นอื่นๆที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของ ผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยปรับการใช้คำเพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจได้ง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อที่ 3 “นอกเหนือจากญาติหรือเพื่อนสนิทแล้ว ท่านรู้จักบุคคลที่ท่านติดต่ออยู่ใน ชีวิตประจำวันเป็นอย่างดี” แก้เป็น “นอกเหนือจากญาติหรือเพื่อนสนิทแล้ว ท่านเข้าใจบุคคลอื่นที่ท่าน ติดต่ออยู่ในชีวิตประจำวันเป็นอย่างดี”

ข้อที่ 4 “ท่านรู้สึกว่าคุณไม่สนใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบๆตัวท่านบ่อยๆ” แก้เป็น “บ่อยครั้งที่ ท่านไม่สนใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบๆตัว”

ข้อที่ 7 “ท่านมองชีวิตว่าเป็นสิ่งที่น่าสนใจ” แก้เป็น “ท่านมองชีวิตว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย”

ข้อที่ 12 “ท่านเคยอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคยและไม่ทราบว่าจะทำอะไรบ่อยมาก” แก้เป็น “บ่อยครั้งที่ท่านอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคยและไม่ทราบว่าจะทำอย่างไร”

ข้อที่ 13 “ท่านเห็นว่าคนเราจะหาทางแก้ปัญหาหรือความทุกข์ที่เกิดขึ้นนั้นในชีวิตได้เสมอ” แก้เป็น “ท่านเห็นว่าคนเราจะหาทางแก้ปัญหาหรือความทุกข์ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้เสมอ”

ข้อที่ 15 “เมื่อท่านพบกับปัญหาที่ยุ่งยาก แนวทางการแก้ไขของท่านมักจะแจ่มชัดเสมอ” แก้ เป็น “เมื่อท่านพบกับปัญหาที่ยุ่งยาก แนวทางการแก้ไขของท่านมักจะชัดเจนเสมอ”

ข้อที่ 24 “ ท่านเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะอะไรจะเกิดขึ้นต่อไปบ่อยมาก ” แก่เป็น “ ท่านเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะเกิดอะไรขึ้นต่อไปบ่อยมาก ”

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งแบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ The Short - Form-36 -Health Survey (SF-36) ซึ่งสร้างและพัฒนาโดย The Medical Outcome Trust ประเทศสหรัฐอเมริกา แปลเป็นไทยโดย วัชร เลอमानกุล และปารณีย์ มีแต่ม (2548) ปรับปรุงโดย Lueboonthavatchai & Lueboonthavatchai (2006) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสุขภาพ 8 มิติ จำนวน 36 ข้อ การคิดคะแนนโดยรวมและรายด้าน คิดโดยนำคะแนนที่ได้มาเทียบเป็น 100 คะแนน จุดตัดที่ 50 คะแนน (วัชร เลอमानกุล และปารณีย์ มีแต่ม, 2548) คือ

$$\text{คะแนนโดยรวม} = \frac{\text{คะแนนที่ได้} \times 100}{\text{คะแนนรวมทั้งหมด}}$$

การแปลผล คะแนนสูง คือ 51-100 คะแนน หมายถึง การมีสุขภาพดี
คะแนนต่ำ คือ 0-50 คะแนน หมายถึง ระดับสุขภาพที่ไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยได้มีการดัดแปลงเนื้อหาของข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ซึ่งเป็นพยาบาลปฏิบัติการสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง (APN) จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาล จำนวน 1 คน และจิตแพทย์ที่มีประสบการณ์การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยใช้เกณฑ์ในการตัดสินความตรงตามเนื้อหา ตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ผลการคำนวณได้ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.86

ในประเด็นอื่นๆที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยปรับการใช้คำเพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจได้ง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อที่ 1 “โดยทั่วไปท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไรในขณะนี้” แก่เป็น “โดยทั่วไปท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไรในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา

ข้อ 10 “ เดินทางหลายช่วงเสาไฟฟ้า” แก่เป็น “เดินทางเป็นระยะทางหลายช่วงเสาไฟฟ้า”

ข้อ 16 “มีความยากลำบากในการทำงานหรือกิจกรรม ต้องใช้ความพยายามเพิ่มมากขึ้น” แก่เป็น “มีความยากลำบากในการทำงานหรือกิจกรรม ต้องใช้ความพยายามเพิ่มมากขึ้นเพื่อให้ได้ผลงานเท่าเดิม”

ข้อ 19 “ขาดความรอบคอบในการทำงานหรือกิจกรรมเหมือนอย่างที่เคยทำได้” แก่เป็น “ขาดความรอบคอบในการทำงานหรือการทำกิจกรรมเหมือนอย่างที่เคยทำได้”

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งแบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Montgomery et al.(1985) แปลเป็นไทยและเรียบเรียงโดย นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) และต่อมาบุบผา ธนิกกุล (2554) ได้นำมาปรับปรุงใหม่เพื่อให้มีความเหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยแบบวัดภาวะ 2 ประเภท ได้แก่ ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย มีข้อคำถามรวม 24 ข้อ ดังนี้

1) ภาวะเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึกรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 10 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11 และ 12

2) ภาวะเชิงปรนัย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อความทางลบทั้งหมด

การประเมินภาวะ เป็นการประเมินตามความรู้สึกของผู้ดูแล ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
มากที่สุด	ได้ 1 คะแนน	ได้ 5 คะแนน
มาก	ได้ 2 คะแนน	ได้ 4 คะแนน
ปานกลาง	ได้ 3 คะแนน	ได้ 3 คะแนน
น้อย	ได้ 4 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
น้อยที่สุด	ได้ 5 คะแนน	ได้ 1 คะแนน

การแปลผล คะแนนที่ได้นำมาพิจารณาภาวะแต่ละประเภทแยกจากกัน และภาวะโดยรวมให้ผู้ตอบประเมินข้อความในแต่ละข้อด้วยคะแนน 1-5 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยของภาวะในการดูแล เกณฑ์การประเมินค่าคะแนนกำหนดค่าคะแนน (บุบผา ธนิกกุล, 2554) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50 – 5.00 หมายถึง	มีภาวะในการดูแลมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50 – 4.49 หมายถึง	มีภาวะในการดูแลมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50 – 3.49 หมายถึง	มีภาวะในการดูแลปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50 – 2.49 หมายถึง	มีภาวะในการดูแลน้อย
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.49 หมายถึง	มีภาวะในการดูแลน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยได้มีการดัดแปลงเนื้อหาของข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ซึ่งเป็นพยาบาลปฏิบัติการสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง (APN) จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาล จำนวน 1 คน

และจิตแพทย์ที่มีประสบการณ์การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยใช้เกณฑ์ในการตัดสินความตรงตามเนื้อหา ตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิมาค่านวนหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ผลการคำนวณได้ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งแบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวความคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer et al (1981) สร้างขึ้นโดยบุญพา ณ นคร (2538) และนำมาปรับปรุงโดยแก้วตา มีศรี (2554) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ โดยข้อคำถามครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ ได้แก่ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า การได้มีส่วนร่วมและยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน และบริการ และการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ประกอบด้วย ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 24 ข้อ ได้แก่

การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์มี 5 ข้อ คือ ข้อ 1-5

การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า 5 ข้อ คือข้อ 6-10

การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มี 5 ข้อ คือข้อ 11-15

การได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของมี 5 ข้อ คือข้อ 16-20

การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารมี 4 ข้อ คือข้อ 21-24

แบบวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	คะแนนทางบวก	คะแนนทางลบ
มากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
มาก	4 คะแนน	2 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
น้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
น้อยที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลผล คิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนมารวม พิจารณาตามเกณฑ์ 5 ระดับ โดยนำคะแนนเต็มมาหารด้วยจำนวนข้อ แล้วแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับคะแนนเฉลี่ย (แก้วตา มีศรี, 2554) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50 – 5.00 หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคมระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50 – 4.49 หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคมระดับมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50 – 3.49 หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50 – 2.49 หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.49 หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคมระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยได้มีการดัดแปลงเนื้อหา ของข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ซึ่งเป็นพยาบาล ปฏิบัติการสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง (APN) จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มี ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาล จำนวน 1 คน และจิตแพทย์ที่มีประสบการณ์การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบ ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยใช้เกณฑ์ในการ ตัดสินความตรงตามเนื้อหา ตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรง ตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ผลการคำนวณได้ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.92

ในประเด็นอื่น ๆ ที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของ ผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยปรับการใช้คำเพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจได้ง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อที่ 8 “ ท่านได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้อื่นทั้งในครอบครัว ชุมชน เพื่อให้ท่านได้รับ ความสุขสบาย” แก้เป็น “ท่านได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้อื่นทั้งในครอบครัว ชุมชน เมื่อมีปัญหา”

ข้อที่ 11 “ ท่านมีการติดต่อไปเยี่ยมเยียนผู้อื่นบ้างเป็นครั้งคราว” แก้เป็น “ท่านมีการติดต่อ ไปมาหาสู่ผู้อื่นบ้างเป็นครั้งคราว”

ข้อที่ 22 “ เมื่อท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ท่านสามารถปรึกษาเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ได้ เช่น ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา คอแข็ง เป็นต้น” แก้เป็น “เมื่อท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการ ดูแลผู้ป่วย ท่านสามารถปรึกษาเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้ เช่น ผู้ป่วยมีอาการตัวแข็ง ลิ้นแข็ง เป็นต้น”

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วย วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งแบบวัดนี้ได้ค่าความ เที่ยงเท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 6 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF) ของกรมสุขภาพจิต (2545) ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของ องค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และ รวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมอีก 2 ข้อคำถาม รวมเป็น 26 ข้อคำถาม ซึ่ง สามารถวัดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตได้ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้าน ความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

เกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ กลุ่ม ที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ และกลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ

กลุ่มที่ 1 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบ ไม่เลย ให้ 5 คะแนน
ตอบ เล็กน้อย ให้ 4 คะแนน
ตอบ ปานกลาง ให้ 3 คะแนน
ตอบ มาก ให้ 2 คะแนน

กลุ่มที่ 2 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบ ไม่เลย ให้ 1 คะแนน
ตอบ เล็กน้อย ให้ 2 คะแนน
ตอบ ปานกลาง ให้ 3 คะแนน
ตอบ มาก ให้ 4 คะแนน

2. ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลเพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. หลังจากได้รับอนุญาตให้ทำการวิจัยในแต่ละโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยนัดหมายและเข้าพบกับหัวหน้าคลินิกจิตเวช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2556 ถึงวันที่ 10 พฤศจิกายน 2556 รวมระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 5 สัปดาห์

4. นำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบหรือปฏิเสธการร่วมวิจัยในครั้งนี้ เมื่อผู้ดูแลยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอมก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

4.1 ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยคัดเลือกจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก

4.2 อธิบายวิธีการทำแบบสอบถามและให้ผู้ดูแลทำแบบสอบถามด้วยตนเองทั้ง 6 ส่วน ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 30-40 นาที ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ยกเว้นในกรณีที่ผู้ดูแลมองไม่เห็นไม่ชัดเจนหรือไม่สะดวกในการอ่านแบบสอบถาม ผู้วิจัยเป็นผู้ซักถามผู้ดูแลด้วยตนเอง

5. หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ได้ข้อมูลแบบสอบถามทั้งหมด 143 ชุด นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ ได้สอบถามที่มีความสมบูรณ์ทั้งหมด 143 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากที่ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำวิจัยและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของทั้ง 3 โรงพยาบาลซึ่งเป็นแหล่งเก็บข้อมูลได้แก่ โรงพยาบาลราชบุรีในวันที่ 20 กันยายน 2556 โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช ในวันที่ 22 ตุลาคม 2556 และโรงพยาบาลนครปฐมในวันที่ 6 พฤศจิกายน 2556 ผู้วิจัยขอพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ขอความร่วมมือในการวิจัย โดยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในงานวิจัย การทำวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการบริการพยาบาลหรือเข้ารับการรักษาแต่อย่างใด ในระหว่างการทำวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยจนครบตามเวลา สามารถบอกเลิกได้โดยไม่มีผลกระทบต่อบริการที่ได้รับข้อมูลต่างๆที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งนี้ถือเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง การนำเสนอผลงานวิจัยจะเป็นการนำเสนอในภาพรวมและเป็นไปในเชิงวิชาการ และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยคำนวณหาค่าทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนอายุ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ภาวะในการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยใช้สถิติวิเคราะห์คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product – Moment Correlation Coefficient: r)

โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และเปรียบเทียบค่า r โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้ (Davis, 1992)

เมื่อ r มีค่า	> $\pm .70$	แสดงว่า	ระดับความสัมพันธ์สูงมาก
เมื่อ r มีค่า	$\pm .30 - \pm .70$	แสดงว่า	ระดับความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
เมื่อ r มีค่า	< $\pm .30$	แสดงว่า	ระดับความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
เมื่อ r มีค่า	0	แสดงว่า	ไม่มีความสัมพันธ์กัน

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของผู้ดูแลกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินทั้ง 6 ส่วน ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 143 คน จากแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลศูนย์ที่มีคลินิกจิตเวชในเขตภาคกลาง 3 จังหวัด ได้แก่ โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 33 คน โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 65 คน และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จำนวน 45 คน ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านในเขตภาคกลาง โดยใช้สถิติค่าความถี่และร้อยละแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 2

ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแลผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติความถี่ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 3-8

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และไคสแควร์ (Chi-square) แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 9-10

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (n= 143)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	63	44.1
หญิง	80	55.9
อายุ ($\bar{x} = 46.35, SD = 12.45$)		
20-35 ปี	30	21.0
36-60 ปี	95	66.4
60 ปีขึ้นไป	18	12.6
สถานภาพ		
โสด	31	21.7
คู่	91	63.6
หม้าย	12	8.4
หย่า	8	5.6
แยกกันอยู่	1	0.7
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	6	4.2
ประถมศึกษา	73	51.0
มัธยมศึกษา	34	23.8
ประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญา	14	9.8
ปริญญาตรี	16	11.2
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-
อาชีพ		
เกษตรกรกรรม	20	14
รับจ้าง	50	35.0
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	27	18.9
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	9	6.3
แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	37	25.8

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	51	35.6
5,001- 10,000 บาท	55	38.5
10,001 บาทขึ้นไป	37	25.9
ระยะเวลาดูแลผู้ป่วย (\bar{x} =10.02, SD= 7.484)		
1 - 5 ปี	49	34.2
6 -10 ปี	50	35.0
11-15 ปี	15	10.5
16-20 ปี	18	12.6
21-30 ปี	9	6.3
31 ปีขึ้นไป	2	1.4
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา	16	11.2
มารดา	30	21.0
สามี	12	8.4
ภรรยา	15	10.4
ลูก	23	16.1
พี่	21	14.7
น้อง	16	11.2
น้ำ	1	0.7
หลาน	9	6.3

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวน 143 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.9 มีอายุเฉลี่ย 46.35 กลุ่มอายุที่มีมากที่สุดเป็นกลุ่มผู้ใหญ่ตอนกลาง คืออายุ 36-60 ปี ร้อยละ 66.4 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 63.6 ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 51.0 ประกอบ อาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 35.0 ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 5,001-10,000 บาท มากที่สุดร้อยละ 38.5 มีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 10.02 ปี กลุ่มที่มีมากที่สุด ดูแลมาเป็นระยะเวลา 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.0 และส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นมารดาของผู้ป่วย ร้อยละ 21.0

ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแลผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 3 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n= 143 คน)

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย	ช่วง คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD
ระดับต่ำ	26-60	1	0.7	53.00	-
ระดับปานกลาง	61-95	98	68.5	82.86	8.02
ระดับดี	96-130	44	30.8	105.02	7.83
รวม		143	100	89.47	13.30

จากตารางที่ 3 พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 68.5 รองลงมาคือคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 30.8 และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.7

ตารางที่ 4 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแยกเป็นรายด้าน (n= 143 คน)

คุณภาพชีวิตจำแนกรายด้าน	จำนวน (ร้อยละ)		
	คุณภาพชีวิต ระดับต่ำ	คุณภาพชีวิต ระดับปานกลาง	คุณภาพชีวิต ระดับดี
ด้านร่างกาย	2 (1.4)	95 (66.4)	46 (32.2)
ด้านจิตใจ	2 (1.4)	86 (60.1)	55 (38.5)
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	18 (12.6)	91 (63.6)	34 (23.8)
ด้านสิ่งแวดล้อม	4 (2.8)	101 (70.6)	38 (26.6)

จากตารางที่ 4 พบว่าคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน คิดเป็นร้อยละ 66.4, 60.1, 63.6 และ 70.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของระดับความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n= 143 คน)

ระดับความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	\bar{x}	SD
ระดับต่ำ	29-86	3	2.1	85.33	0.58
ระดับกลาง	87-144	91	63.6	126.20	11.49
ระดับสูง	145-203	49	34.3	157.98	10.39
รวม		143	100	136.23	20.06

จากตารางที่ 5 พบว่าระดับความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในระดับกลาง จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 63.6 รองลงมาคือระดับสูง จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 34.3 และระดับต่ำ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.1 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n= 143 คน)

ระดับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	\bar{x}	SD
ระดับสุขภาพที่ไม่ดี	0-50	3	2.1	46.43	2.21
ระดับสุขภาพที่ดี	51-100	140	97.9	71.15	9.74
รวม		143	100	70.63	10.28

จากตารางที่ 6 พบว่าระดับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในระดับสุขภาพที่ดี จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 97.9 ส่วนระดับสุขภาพที่ไม่ดีมีจำนวน 3 คนคิดเป็นร้อยละ 2.1

ตารางที่ 7 ภาวะในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n= 143 คน)

ระดับภาวะในการดูแลผู้ป่วย	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD
น้อยที่สุด	1.00-1.49	6	4.2	1.22	0.11
น้อย	1.50-2.49	47	32.9	2.12	0.26
ปานกลาง	2.50-3.49	80	55.9	2.93	0.26
มาก	3.50-4.49	9	6.3	3.61	0.80
มากที่สุด	4.50-5.00	1	0.7	4.87	-
รวม		143	100	2.65	0.61

จากตารางที่ 7 พบว่าภาวะในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 55.9 รองลงมาคือมีภาวะในการดูแลระดับน้อย จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 32.9 และมีภาวะในการดูแลมาก จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 6.3 ภาวะในการดูแลน้อยที่สุด จำนวน 6 คน ร้อยละ 4.2 และภาวะในการดูแลมากที่สุด จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n= 143 คน)

ระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD
ระดับต่ำสุด	1.00-1.49	-	-	-	-
ระดับต่ำ	1.50-2.49	10	7.0	2.15	0.26
ระดับปานกลาง	2.50-3.49	89	62.2	3.11	0.23
ระดับมาก	3.50-4.49	43	30.1	3.77	0.21
มากที่สุด	4.50-5.00	1	0.7	4.50	-
รวม		143	100	3.25	0.49

จากตารางที่ 8 พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 62.2 รองลงมาคือ มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 30.1 มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 10 คน ร้อยละ 7.0 และมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุดจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.7 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 9 ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างอายุ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยคัดสรร	ค่าสหสัมพันธ์ สหสัมพันธ์(r)	p-value	ระดับ ความสัมพันธ์
1. อายุ	-.216	.010	ต่ำ
2. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	-.115	.171	ไม่มีความสัมพันธ์
3. ความเข้มแข็งในการมองโลก	.583	.000	ปานกลาง
4. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	.564	.000	ปานกลาง
5. ภาระในการดูแลผู้ป่วย	-.629	.000	ปานกลาง
6. การสนับสนุนทางสังคม	.605	.000	ปานกลาง

จากตารางที่ 9 พบว่า

1. อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. ความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
5. ภาระในการดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
6. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 10 ค่าความสัมพันธ์ไคสแควร์ระหว่างรายได้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

รายได้ของผู้ดูแล	คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล		X^2	df	p-value
	ระดับปานกลาง จำนวน	ระดับดี จำนวน			
ต่ำกว่า 5,000 บาท	41 (80.39)	10 (19.61)			
5,001 – 10,000 บาท	40 (72.73)	15 (27.27)			
10,001 บาทขึ้นไป	18 (48.65)	19 (51.35)			
รวม	99	44	10.656	2	.005

(....) หมายถึง ร้อยละ

จากตารางที่ 10 พบว่า รายได้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 กล่าวคือ ผู้ดูแลในกลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท มีจำนวน 51 คน มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 80.39 และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 19.61 ส่วนผู้ดูแลที่มีรายได้ 5,001 – 10,000 บาท มีจำนวน 55 คน มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 72.73 และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 27.27 และผู้ดูแลที่มีรายได้ 10,001 บาทขึ้นไป มีจำนวน 37 คน มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 48.65 และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 51.35 สรุปได้ว่าเมื่อกลุ่มรายได้ของผู้ดูแลมีระดับสูงขึ้น ร้อยละของผู้ดูแลที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีจะเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวสามารถคำนวณเป็นค่าสหสัมพันธ์ $\phi' = .20$

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ภาระในการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน มีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ รายได้ ระยะเวลาการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ภาระในการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

โดยมีสมมุติฐานการวิจัยดังนี้

1. อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
2. รายได้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
3. ระยะเวลาการดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
4. ความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
5. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
6. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
7. ภาระในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมแพทยอเมริกัน (ICD-10) ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านและพาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์ที่มีคลินิกจิตเวชในเขตภาคกลาง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10 ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยพาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลราชบุรีและโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จำนวน 143 คน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Sample random sampling) และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้แบบกำหนดเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ดังนี้ (Inclusion criteria)

1. ผู้ดูแลมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เป็นบุคคลในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

2. มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดเป็นบิดา มารดา พี่ น้อง บุตรและญาติ หรือมีความผูกพันทางกฎหมายเป็นสามีหรือภรรยา ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยไม่ได้รับค่าจ้าง ค่าตอบแทนหรือสิ่งของใดๆจากการดูแล

3. ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาในระยะให้ยาต่อเนื่อง (Stabilization phase) และระยะอาการคงที่ (Maintenance phase)

4. สามารถอ่านออก เขียนได้ พูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง สามารถสื่อสารเข้าใจได้

5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการดูแลและความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลก จำนวน 29 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 16 ข้อ (ข้อ 2,3,7,8,9,10,13,14,15,16,17,18,20,22,23,27) และข้อที่มีความหมายเชิงลบ 13 ข้อ (ข้อ 1,4,5,6,11,12,19,21,24,25,26,28,29) ความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) ค่าที่ได้เท่ากับ 0.90 และแบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสุขภาพ 8 มิติ จำนวน 36 ข้อ ความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) ค่าที่ได้เท่ากับ 0.86 และแบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยแบบวัดภาระ 2 ประเภท ได้แก่ ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย มีข้อคำถามรวม 24 ข้อ ดังนี้

1) ภาระเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ

2) ภาระเชิงปรนัย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ

ความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) ค่าที่ได้เท่ากับ 1.00 และแบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ โดยข้อคำถามครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ ดังนี้ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า การได้มีส่วนร่วมและยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน และบริการ และการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) ค่าที่ได้เท่ากับ 0.92 และแบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 6 แบบวัดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF) ของกรมสุขภาพจิต (2545) ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของ

องค์การอนามัยโลก 100 ข้อ ประกอบด้วย 26 ข้อคำถาม สามารถวัดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตได้ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) ค่าที่ได้เท่ากับ 0.88 และแบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93

การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่โรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลราชบุรี และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2556 ถึง 10 พฤศจิกายน 2556 รวมระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล 5 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยทำการวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยและความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ภาระในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และไคสแควร์ (Chi-square) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 143 คน เป็นเพศหญิง 80 คน คิดเป็นร้อยละ 55.9 เป็นเพศชาย 63 คน คิดเป็นร้อยละ 44.1 โดยมีอายุเฉลี่ย 46.35 (SD=12.45) ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 36-60 ปี มีจำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 66.4 มีสถานะภาพคู่จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 63.6 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาจำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 51.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง มีจำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 35.0 มีรายได้ต่อเดือน 5,000 – 10,000 บาท จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 38.5 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 6-10 ปี จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 35.0 และผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นมารดาของผู้ป่วย จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 21.0

2. คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 68.5 ($\bar{x} = 82.87$, SD = 8.03) คะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 63.6 ($\bar{x} = 126.20$, SD = 11.49) ระดับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 97.9 ($\bar{x} = 71.16$, SD = 9.75) คะแนนภาระในการดูแลผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 55.9

($\bar{X} = 2.93$, $SD = 0.27$) และคะแนนการสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 62.2 ($\bar{X} = 3.12$, $SD = 0.24$)

3. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลที่บ้านพบว่า

3.1 อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.216$)

3.2 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.3 ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .583$)

3.4 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .564$)

3.5 ภาระในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.629$)

3.6 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .605$)

3.7 รายได้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่มีรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลราชบุรี และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.5) และจากการพิจารณาแยกตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน แสดงให้เห็นว่า การที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ทำให้สมดุลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากลักษณะของโรคจิตเภทเป็นความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิชัย, 2555) ผู้ป่วยจึงต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวันรวมทั้งตัดสินใจแทนผู้ป่วยในทุกๆ เรื่อง ทำให้ผู้ดูแลต้องรับบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแล ส่งผลเกิดความเครียด เหนื่อยล้า มีเวลาในการทำกิจกรรมส่วนตัวลดลง จึงทำให้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในชีวิตน้อยลง แต่เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ ดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน จึงสามารถจัดการกับปัญหาและปรับตัวต่อการดูแลได้ ประกอบกับมีครอบครัวที่คอยให้กำลังใจและสนับสนุนช่วยเหลือ

ผู้ดูแลในด้านต่างๆ จึงทำให้ผู้ดูแลประเมินคุณภาพชีวิตของตนอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ ยาสวรรณ (2545) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง หากผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อการดูแลได้ดี ก็จะทำให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างราบรื่นและมีความสุข แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ อึ้งวัฒนศิริกุล (2550) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังและต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกับโรคจิตเภท มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี

เมื่อพิจารณาจากข้อมูลส่วนบุคคลในด้านต่างๆพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เนื่องจากเพศหญิงเป็นเพศที่มีความอ่อนโยน มีความรอบคอบและในสังคมไทยเพศหญิงมักจะทำหน้าที่ในการดูแลจัดการสิ่งต่างๆในบ้านได้ดีกว่าเพศชาย ดังนั้นจึงมักถูกกำหนดให้ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีการเจ็บป่วย อายุของผู้ดูแลจากการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 36-60 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง เป็นวัยที่มีความรับผิดชอบสูงทั้งในด้านครอบครัว สังคม และหน้าที่การงาน สุขภาพโดยทั่วไปยังแข็งแรงสามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลตนเองและกิจวัตรประจำวันได้ แต่ก็ เป็นวัยที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงในด้านสุขภาพที่เสื่อมลง ดังนั้นผู้ดูแลอาจมีการปรับตัวที่ไม่ดี เกิดความเครียดในการดูแล ทำให้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตได้ สถานภาพสมรสของผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องรับภาระในการดูแลครอบครัวเพิ่มเข้ามา ถึงแม้จะมีคู่สมรสคอยให้กำลังใจก็ตาม ในส่วนของการศึกษาผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ซึ่งอาจทำให้มีทักษะและความรู้ในการจัดการกับปัญหาได้ไม่ดี เนื่องจากการศึกษาเป็นการพัฒนาสติปัญญาของบุคคลหากมีการศึกษาที่สูงก็จะสามารถนำความรู้และแสวงหาข้อมูลต่างมาใช้ในการแก้ไขปัญหาและสามารถปรับตัวต่อการดูแลได้ อาชีพของผู้ดูแลส่วนใหญ่คือ รับจ้าง ซึ่งเป็นอาชีพที่มีรายได้ไม่แน่นอน ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนไม่ถึง 10,000 บาท ถือว่าเป็นรายได้ที่ค่อนข้างต่ำ เมื่อต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆในบ้าน รวมทั้งค่าเดินทางและค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท จึงทำให้มีรายได้ไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการพื้นฐานในชีวิตส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 6-10 ปี ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ดูแล สามารถปรับตัวและพัฒนาทักษะในการดูแลได้แล้ว จึงทำให้ผู้ดูแลมีการพัฒนาการแก้ไขปัญหาและมีความสามารถในการดูแลที่เพิ่มขึ้น แต่เนื่องจากระยะเวลาการดูแลที่ยาวนานจึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่ายและมีความพึงพอใจในชีวิตลดลง และส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นมารดาของผู้ป่วยจึงทำให้ ผู้ดูแลมีความรัก ความผูกพันและมีความคุ้นเคยกับผู้ป่วย ทำให้มีความอดทนและยอมรับการเปลี่ยนแปลง ต่างๆของผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลจึงสามารถปรับตัวให้เข้ากับบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

1. อายุ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.216$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า อายุ มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีอายุมากขึ้นจะมีคุณภาพชีวิตที่แย่กว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่า เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางซึ่งคนในวัยนี้มีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ไปในทางเสื่อมถอยและความเสื่อมถอยนั้นจะเพิ่มตามอายุที่มากขึ้น ดังนั้นกลุ่มประชากรในวัยที่มากขึ้น อาจมีการปรับตัวไม่ดีเกิดความเครียดในการดูแล ทำให้การดำเนิน

ชีวิตในสังคมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมจึงส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ (2554) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต โดยผู้ที่มีอายุมาก จะประเมินคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่มีอายุน้อย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Ruggeri et al. (2002) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ผู้ที่มีอายุมากมักมีแนวโน้มในการปรับตัว ต่อการสูญเสียความสามารถในหน้าที่การงานได้ดีกว่า เนื่องจากมีประสบการณ์ชีวิตและมีรูปแบบในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมกว่าผู้ที่มีอายุน้อย จึงส่งผลให้มีความพึงพอใจในชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

2. รายได้ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า รายได้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 กล่าวคือผู้ดูแลที่มีรายได้ที่แตกต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันด้วย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า การที่มีคนในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภททำให้ครอบครัวต้องสูญเสียรายได้และเงินออมที่ลดลง ทั้งจากค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วย ค่ารักษาพยาบาลที่จำเป็นในระยะยาวและต่อเนื่อง หากครอบครัวใดมีรายได้ที่ค่อนข้างต่ำก็จะทำให้เกิดความยากลำบากมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Li et al. (2007) ที่พบว่ารายได้ของครอบครัวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเนื่องจากรายได้มีความเกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ของบุคคล ฐานะ เศรษฐกิจ ความพึงพอใจและมีความสำคัญต่อความต้องการขั้นพื้นฐานและการดำรงชีวิต และสอดคล้องกับการศึกษาของ เขียวลักษณ์ กลิ่นหอม (2540) ที่พบว่าครอบครัวที่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวมากเป็นปัจจัยช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยได้ตามสมควร เพราะเศรษฐกิจครอบครัวที่ดีทำให้สามารถรับภาระการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้

3. ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($r = -.115$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 จากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 6-10 ปี และระยะเวลาดูแลเฉลี่ย 10.02 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ยาวนานพอ ที่จะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะ ความชำนาญ เนื่องจากระยะเวลาในการดูแลที่เพิ่มขึ้นจะมีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลต่อปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น จึงทำให้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ สมฤดี สิทธิมงคล (2541) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา โดยพบว่าระยะเวลาในการดูแลไม่สามารถระบุได้ว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ในขณะที่ผลการศึกษาของ Chan & Chang (1999) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับ ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังในฮ่องกง พบว่าระยะเวลาในการดูแลมีกระทบทางด้านบวกต่อผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลจะสามารถจัดการกับภาระงานที่ต้องดูแลและจะพัฒนาทักษะในการดูแลได้ดีเมื่อเวลาผ่านไป และการศึกษาของ ธัญญาภรณ์ ดาวันพแก้ว (2547) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันของผู้ดูแล

4. ความเข้มแข็งในการมองโลก จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .583$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี กล่าวคือสามารถที่จะรับรู้และประเมินสถานการณ์การมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวว่าเป็นสิ่งเร้าที่สามารถเข้าใจได้ สามารถจัดการแก้ไขให้สำเร็จลุล่วงไปได้ และมีคุณค่าเพียงพอที่จะเข้าไปจัดการแก้ไขมากกว่าผู้ดูแลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ ซึ่งสนับสนุนแนวความคิดของ Antonovsky (1993) ที่ว่าเมื่อบุคคลมีการรับรู้และประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง สามารถดึงเอาแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่มาช่วยในการแก้ไขปัญหาได้ จะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาได้ดี ประสบความสำเร็จในการจัดการกับปัญหา นำไปสู่การมีความสุขในชีวิตรหรือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเยวาลักษณ์ กลิ่นหอม (2540) ที่ทำการศึกษาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่าคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับสูง และมีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคล และการศึกษาของกาญจนา ขาวนอก (2547) ที่ศึกษาเปรียบเทียบความเข้มแข็งในการมองโลกและวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งในการมองโลกของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูง สูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่า

5. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .564$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5 อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลที่มีสุขภาพดีมีแนวโน้มที่จะมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้ดูแลที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องใช้เวลาเกือบตลอดทั้งวันในการดูแลจึงอาจมีผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้ หากผู้ดูแลมีสุขภาพที่ดีจะสามารถทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองและผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอ อีกทั้งยังทำให้ไม่มีความรู้สึกเครียด จึงทำให้ผู้ดูแลที่มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lueboonthavatchai & Lueboonthavatchai (2006) ที่พบว่าภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และการศึกษาของกาญจนา ร้อยนาค (2550) ที่พบว่าภาวะสุขภาพด้านความแข็งแรงของร่างกาย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากมีสภาพร่างกายพร้อมในการประกอบอาชีพและมีความแข็งแรงในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ ก็จะทำให้บุคคลรับรู้เรื่องคุณภาพชีวิตได้ดีด้วย

6. ภาระในการดูแล จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภาระในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.629$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 6 อธิบายได้ว่า การที่ผู้ดูแลต้องรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นบทบาทที่เพิ่มขึ้นจากบทบาทเดิมของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามเพิ่มมากขึ้น ต้องใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมที่มากขึ้นและในขณะเดียวกันก็ทำให้รู้สึกว่ามีควมยากลำบากส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นภาระก่อให้เกิดความเครียดและมีเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองลดลง ความพึงพอใจในชีวิตลดลงก็จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Li et al. (2007) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายภาระและคุณภาพชีวิตของ

ครอบครัวผู้ดูแล ที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภทในประเทศจีน พบว่า ภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสอดคล้องกับแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ที่ว่า ภาระที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในเชิงอัตนัยและเชิงปรนัย เนื่องจากกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลที่ต้องทำให้กับผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่องตลอดเวลาไม่มีเวลาหยุดพัก ทำให้บุคคลไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม สูญเสียเวลาส่วนตัวและกิจกรรมทางสังคมลดลงไปทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตลดลง

7. การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .605$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 7 อธิบายได้ว่า หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคม ได้รับกำลังใจจากครอบครัวและคนรอบข้าง ก็จะทำให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสระบายความรู้สึก ได้รับการปลอบใจหรือความช่วยเหลือจากคนรอบข้าง รวมทั้งบุคลากรและเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขด้วย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลาย ลดความเครียดจากการดูแล และการได้รับความช่วยเหลือคำแนะนำ รวมทั้งการได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินและการสนับสนุนสิ่งของเครื่องใช้ เครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆในชีวิตประจำวัน จะทำให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญความเครียดและมีความพึงพอใจ ในชีวิตมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ลิธัญ ชูโต (2553) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคม และจากการศึกษาของ Lueboonthavatchai & Lueboonthavatchai (2006) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล นอกจากนี้ จากการสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโอกาสได้ออกไปร่วมกิจกรรมในชุมชนรวมทั้งไม่มีเวลาไปพักผ่อนหย่อนใจในวันหยุด เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย ดังนั้นในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านจึงอาจต้องการผู้ดูแลที่มีมากกว่า 1 คน เพื่อผลัดเปลี่ยนกันดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาที่จะไปพักผ่อนหย่อนใจมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน โดยปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และด้านร่างกาย มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน จึงควรวางแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลให้มีระดับที่ดีขึ้น โดยเน้นในด้านสิ่งแวดล้อม และด้านร่างกายของผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพียงลำพัง จึงทำให้ไม่มีเวลาในการพักผ่อนเพื่อผ่อนคลายความเครียด พยาบาลจึงควรสนับสนุนให้สมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว ช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีเวลาพักผ่อนหย่อนใจ และทำให้มีเวลาปฏิบัติกิจกรรมส่วนตัวได้ นอกจากนี้ผู้ดูแลยังต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆ ทั้งค่าใช้จ่ายภายในบ้าน ค่ารักษาพยาบาล และค่าเดินทางเพื่อไปพบแพทย์ แต่ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้ที่ค่อนข้างน้อย จึงไม่เพียงพอในการใช้จ่าย พยาบาลควรมีการประสานงานกับนักสังคมสงเคราะห์ ในการให้ความช่วยเหลือแหล่งเงินทุนและการประกอบอาชีพเสริม เพื่อเพิ่มรายได้ให้กับผู้ดูแล ส่วนในด้านร่างกายของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลมีการเจ็บปวดตามร่างกาย จนทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้ ซึ่งอาจเนื่องมาจากการทำกิจกรรมต่างๆเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย อีกทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอน

ปลาย จึงมีการเสื่อมถอยของภาวะสุขภาพ พยาบาลจึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยแล้รรักษาสุขภาพของตนเอง ไม่ทำกิจกรรมที่หนักเกินความสามารถของตนเอง ควรมีผู้ช่วยเหลือในการแบ่งเบาภาระงานต่างๆ รวมทั้งแนะนำการออกกำลังกาย และรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยแล้มีภาวะสุขภาพที่ดี

2. จากผลการวิจัยพบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต มีความรู้สึกสับสน และไม่แน่ใจว่าในอนาคตจะเกิดอะไรขึ้นกับตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล พยาบาลจึงควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโรคของผู้ป่วยรวมทั้งแผนการรักษาของแพทย์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยในอนาคตได้ และควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการกับปัญหาให้กับผู้ดูแล เนื่องจากความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอาจทำให้เกิดปัญหาจากการดูแลได้เสมอ หากผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม จะทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวต่อความผันผวนต่างๆในชีวิต มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ ไม่มีความผาสุกในชีวิตและทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีได้ ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับการจัดการปัญหา เพื่อให้ผู้ดูแลมีการจัดการกับปัญหาต่างๆได้อย่างเหมาะสม และส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลให้มีระดับที่ดีขึ้น

3. จากผลการวิจัยพบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับดี และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าผู้ดูแลยังมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมบางอย่าง เช่น กิจกรรมที่ต้องใช้มาก ๆ ทำงานหรือกิจกรรมบางอย่างไม่ได้อย่างที่เคย ซึ่งอาจเนื่องมาจากผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ซึ่งในวัยนี้เป็นวัยที่เริ่มมีความเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย ประกอบกับต้องดูแลช่วยเหลือกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย จึงทำให้มีสภาพร่างกายที่แยลง ดังนั้นผู้ดูแลจึงควรดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี พยาบาลควรให้คำแนะนำในเรื่องของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยของผู้ดูแล การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการพักผ่อนที่เพียงพอ รวมถึงให้คำแนะนำในการจัดตารางกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีเวลาพักผ่อน เพื่อคลายความเครียด และสามารถทำกิจกรรมส่วนตัวได้

4. จากผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้สึกโดดเดี่ยว ว้าเหว และไม่มีคนคอยให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง ต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททุกอย่าง จึงทำให้ไม่มีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด และพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง ส่งผลให้เกิดความเครียดจากการดูแลได้ พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับการสนับสนุนทางสังคม โดยแนะนำให้มีการผลัดเปลี่ยนผู้ดูแล เพื่อแบ่งเบาภาระในการดูแลและจะได้มีโอกาสได้พักผ่อนหย่อนใจ จัดให้ผู้ดูแลมีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทกับผู้ดูแลคนอื่นๆ เพื่อให้ได้ระบายนความรู้สึกรู้สึกและมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียด เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม และแนะนำแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่จะให้การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร และสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลมีรายรับที่ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้ค่อนข้างน้อย ต้องใช้จ่ายเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลและค่าเดินทางในการไปพบแพทย์ ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีการประสานงานกับหน่วยสังคมสงเคราะห์ ในการช่วยเหลือ

ผู้ดูแลเกี่ยวกับแหล่งทุนที่จะสามารถช่วยเหลือผู้ดูแลได้ หรือแนะนำอาชีพเสริมที่จะเพิ่มรายได้ให้แก่ผู้ดูแล

5. จากผลการวิจัยพบว่า ภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล เมื่อพิจารณาารายข้อพบว่า นอกจากผู้ดูแลจะต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแล้ว ผู้ดูแลยังมีความรู้สึกสงสาร เป็นห่วงความปลอดภัยของผู้ป่วยจิตเภท และกังวลว่าต่อไปในอนาคตจะไม่มีใครดูแลผู้ป่วยจิตเภทแทนตน ดังนั้นพยาบาลจึงควรดูแลเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ดูแลด้วย โดยการเข้าไปพูดคุย รับฟังปัญหา เพื่อให้ผู้ดูแลได้ระบาย และเสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหาตามความเหมาะสม นอกจากนี้ควรจัดให้มีกลุ่มสนับสนุน (Support group) โดยให้ผู้ดูแลมีโอกาสได้พบปะพูดคุยกับผู้ดูแลคนอื่นๆ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลซึ่งกันและกัน ทำให้ได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งผลการวิจัยพบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยที่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

2. การวิจัยครั้งนี้พบว่า มีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไป จึงควรมีการนำผลการวิจัยไปศึกษาวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีระดับที่ดีขึ้น โดยนำปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม โดยนำไปพัฒนาเป็นโปรแกรมในการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านต่างๆ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้นส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ปัจจัยด้านความเข้มแข็งในการมองโลก โดยนำไปพัฒนาเป็นโปรแกรมในการส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแล ให้ผู้ดูแลมีการจัดการกับสิ่งเร้าต่างๆที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ที่เข้ามากระทบการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสุขในชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดี และปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยนำไปพัฒนาเป็นโปรแกรมในการส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ให้ผู้ดูแลมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่แข็งแรง มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะนำมาซึ่งความมีสุขภาวะที่ดีส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2545). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย. โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ ปี พ.ศ.2545, กรุงเทพฯ.
- กรมสุขภาพจิต. (2549). โรคจิตเภทและคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิต. Retrieved 17/03/2013, from www.dmh.moph.go.th
- กรมสุขภาพจิต. (2555). กรอบทิศทาง การพัฒนาสุขภาพจิตและแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต. Retrieved 23/04/2013, from <http://www.dmh.go.th/intranet/p2554/>
- กรมสุขภาพจิต. (2556). สถิติผู้ป่วยนอกจิตเวช ปี 2553-2555. Retrieved 04/10/2013, from <http://www.dmh.go.th/report/report1.asp>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2555). สิทธิประโยชน์ของการบริการทางการแพทย์. Retrieved 24/04/2013, from http://www.moph.go.th/moph2/index4.php?page=include_page2&id=28
- กาญจนา ขาวนอก. (2547). เปรียบเทียบความเข้มแข็งในการมองโลกและวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กาญจนา ร้อยนาค, ดวงแข พิทักษ์สิน และสาคร ปานพ่าย. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของประชากรตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี. รายงานวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี.
- เกษม ต้นติผลลาชีวะ. (2539). ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- แก้วตา มีศรี. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จรินทร์ รัตนวานิชกุล. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยวัณโรค. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- จอม สุวรรณโณ. (2541). ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลศาสตร์, 7(3), 147-154.
- จอม สุวรรณโณ. (2542). ความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารุวรรณ มานะสุการ. (2544). ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- จินตนา ยูนิพันธ์. (2542). การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 13, 1-13.
- จินตนา ยูนิพันธ์ และวราภรณ์ ชัยวัฒน์. (2550). เอกสารคำสอน รายวิชาทฤษฎีทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราพร รักการ. (2549). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราภรณ์ นพคุณขจรและจิระพรรณ สุริยงค์. (2551). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. จังหวัดเชียงใหม่: กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลสวนปรุง
- จิราพร ทองดี, ดาราวรรณ รongเมือง และฉันทนา นาคฉัตรีย์. (2555). ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 22(3), 88-99.
- ชฎาภา ประเสริฐทรง. (2543). ความรู้สึกทางอารมณ์และความต้องการการแนะนำ: กรณีศึกษาครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, 14(2), 30-39.
- ชนัญดาอุษฎี ทูลศิริ, รัชนี สรรเสริญ และ วรณรัตน์ ลาวัง. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. การพยาบาลและการศึกษา, 4(1), 62-75.
- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- ต้นติมา ดั่งโยธา. (2553). การศึกษาและพัฒนาความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล. ปริญญาโท บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ทัศนีย์ เชื่อมทอง และดาวรุ่ง หนูแก้ว. (2550). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบรายกรณีในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี. รายงานการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2550, โรงแรมปรีนซ์ พาเลซ กรุงเทพมหานคร.
- นพรัตน์ ไชยขำนิ. (2544). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นมิตา ล.สกุล. (2544). ภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นรวิร์ พุ่มจันทร์. (2548). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ: กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวัน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 13(3), 146-156.

- นุชนางค์ อินทรพิบูลย์. (2552). การศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลบางปลาหม่า จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บดีนทร์ บุญจันทร์. (2553). ปัจจัยการรับรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดอำนาจเจริญ. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- บุญพา ณ นคร. (2538). การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
- บุญพา ณ นคร. (2549). ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดการตีตราในสังคม. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 5, โรงแรมปรีนซ์พาลเลซ กรุงเทพฯ. วันที่ 3-5 กรกฎาคม 2549.
- บุบผา ธนิกกุล. (2554). ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปัทมา ศิริเวช. (2552). การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. (2554). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นานมีบุ๊ค.
- พจน์ ไตรเกษมศักดิ์. (2553). ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พนม เกตุมาน. (2550). คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. Retrieved 14/12/2012, from http://www.psyclin.co.th/new_page_15.htm
- พรชัย พงศ์สงวนสิน, จุฬารัตน์ วิระชะรัตน์ และชุตินา ประทีปะจิตติ. (2541). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ: เฉพาะกรณีศึกษาโรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารกรมสุขภาพจิต, 5(3), 16-23.
- พัชรี คำธิตา. (2546). ความต้องการของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลแม่ทา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัทธนันท์ พูลละเอียด. (2550). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเข้มแข็งในการมองโลกของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- พิเชษฐ อุดมรัตน์. (2547). การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบอบวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์. (2552). ตำราโรคจิตเภท. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เพ็ญประภา มะลาไวย์. (2550). การพัฒนาโครงการกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2554). ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เอกสารประกอบการบรรยาย วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญรดี เปี่ยมมงคล. (2553). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- เพ็ญฟ้า สีสวย. (2550). คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภัทรภรณ์ ทุ่งปันคำ. (2551). คุณภาพชีวิตในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท: มุมมองของผู้ป่วยและผู้ดูแล. โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์.
- มยุรี กลั้ววงศ์. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล. วารสารพฤติกรรมศาสตร์, 15(1), 57-75.
- มยุรี ตานินทร์. (2552). ความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา. การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2555). จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. กรุงเทพฯ: บริษัทปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์ จำกัด.
- ยุพาพิน ศิริโพธิงาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาการวิจัย. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 2, 84-92.
- เยาวนถ สุวลักษณ์. (2547). ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 12(3), 141-149.
- เยาวลักษณ์ กลิ่นหอม. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รจนา ปุณโณทก. (2550). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัชนิกร เกิดโชค. (2556). ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. Retrieved 04/04/2014, from <http://blog.stouhealth.com/?p=853>
- ลิขัญ ชูโต. (2553). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระนเรศวรมหาราช. สารนิพนธ์ สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- วัชรลี เลอฆานกุล และปารณีย์ มีแต่้ม. (2548). การทดสอบคุณสมบัติของแบบสอบถาม SF-36 ภาษาไทยฉบับแปลใหม่. *Thai Journal of Pharmaceutical Sciences*, 29(1-2), 69-88.
- วันเพ็ญ อั้งวัฒนศิริกุล. (2550). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- วาริรัตน์ ถาน้อย. (2545). ญาติผู้ป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและความต้องการการช่วยเหลือ. การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการเสริมสร้างสมรรถนะการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ, ห้องอัมรินทร์ โรงแรมเอส.ดี.อเวนิว กรุงเทพฯ.
- วิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วาริรัตน์ ประทานวโรปัญญา และ จิตภา ศิริปัญญา. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 5(2), 32-40.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). โครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว. กรุงเทพฯ: ร้านเจปรีน.
- ศันสนีย์ ตรีสาร. (2553). ศึกษาระดับความสุขของผู้ป่วยจิตเภท. *สารนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารงานยุติธรรม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*.
- ศิริ ฮามสุโพธิ์. (2543). ประชากรกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต. กรุงเทพฯ: โอ เอส พรีนติ้งเฮาส์.
- ศิริณภา นันทพงษ์. (2542). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.
- สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. (2550). คุณภาพชีวิตของคนไทยในบริบทของการเปลี่ยนแปลงใน อนาคต. *จันทร์สม*. Retrieved 22/04/2013, from <http://rc.nida.ac.th>
- สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. (2554). รายงานวิจัยคุณภาพชีวิตของคนไทยปี 2554. กรุงเทพฯ: ทิพย์เนตรการพิมพ์.
- สมคิด ตรีราที. (2545). ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2553). *คู่มือจิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมฤดี สิทธิมงคล. (2541). ความเครียด การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- สายใจ พัวพันธ์. (2553). การรับรู้ถึงความเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดชลบุรี. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 24(ม.ค.-มิ.ย.), 156-171.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2551). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10*. Retrieved 17/04/2013, from <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=90>
- สุชาติ พหลภาคย์. (2546). *จิตเวชศาสตร์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์*. ขอนแก่น: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

- สุวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. (2554). การพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒน์สกุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิต วงศ์สุวรรณ และ ราณี พรมานะจิรังกุล. (2540). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- เสาวลักษณ์ ยาสุวรรณ. (2545). คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. การค้นคว้าแบบอิสระ ปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- หงษ์ บรรเทิงสุข. (2545). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีบุญธวัชชัย. (2554). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: บริษัท วี.พรี้น (1991) จำกัด.
- อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์. (2546). คุณภาพชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: บริษัทธรรมสาร จำกัด.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพฯ: เพ็ญฟ้าพริ้นติ้ง.
- เอื้ออารีย์ สาริกา. (2543). ความเครียดและการเผชิญความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Abdel W., Jude U., Aziza A. & Adel M. (2005). Subjective quality of life of family caregivers of community living Sudanese psychiatric patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(9), 755-763.
- Anderson, D.M.Keith J. Novak P.D. Elliot M.A. (2005). *MOSBY's Medical Nursing & Allied Health Dictionary*. 6th ed. St.Louise: Mosby.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 38(6), 725-733.
- Baker, A. F. (1989). Living with a chronically ill schizophrenia can place great stress on individual family members and the family unit: How families cope. *Journal of Psychosocial Nursing*, 27, 31-36.
- Bengtsson-Tops A. & Hansson L. (2001). Quantitative and qualitative aspects of the social Network in schizophrenic patients living in the community relationship to sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life. *International Journal of Social Psychiatry*, 47(3), 67-77.
- Berlim, M.T. & Fleck, M.P.A. (2003). Quality of life: Brand new concept for research and practice in psychiatry. *Res Bras Psiquiatr*, 25(4), 249-252.

- Boyer L, Caqueo-Úrizar A, Richieri R, Lancon C, Gutiérrez-Maldonado J and Auquier P. (2012). Quality of life among caregivers of patients with schizophrenia: a cross cultural comparison of Chile and French families. *Family Practice*, 13(42).
- Caplan, G. (1974). *Support system and community mental health*. New York: Human Science Press.
- Caqueo-Urizar A, Gutierrez-Maldonado J. and Miranda-Castillo C. (2009). Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7, 84.
- Chan, C W. H. & Chang, A. M. (1999). Stress associated with task for family caregivers of patient with cancer in Hong Kong. *Cancer Nursing*, 22(4), 260-265.
- Cobb, S. (1976). Social support as a mediator for life stress. *Psychometric Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, S. & Will, T. (1985). Stress social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 9, 310-352.
- Cooley, M. E. (1998). Quality of life in persons with non- small cell lung cancer concept analysis. *Cancer nursing*, 21, 151-161.
- Davis, L. L. (1992). Building a science of caring for caregiver. *Family & Community Health*, 15(2), 758-776.
- Dillman, D. A. (2000). *Mail and internet survey. The tailored design method*. New York: Jone Wiley & Sons.
- Eake, G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individuals. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(2), 77-84.
- Eriksson, M., Lindstrom, B., Lilja, J. (2007). A sense of coherence and health. Salutogenesis in a societal context: Aland, a special case. *Journal of Epidemiol Community Health*, 61(8), 684-688.
- Eriksson, M. & Lindstrom, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiol Community Health*, 61, 938-944.
- Ferrans, C. E. & Power, M. J. (1992). Psychometric assessment of the quality of life in index. *Nursing & Health* 15(1), 29-38.
- Ferrell, B. R. (1996). The quality of lives: 1521 voices of cancer. *Oncology Nursing Forum*, 23(6), 907-916.
- Ferrens, C. E. (1990). Quality of life: Conceptual issues. *Oncology Nursing Forum*, 6, 248-254.
- Frank–Stromberg, M. (1988). *Instruments for clinical nursing research*. Connecticut: Appleton& Lange.

- George, H. S. (1996). Redefining family support: Innovations in public- private partnerships. Baltimore: Pual H. Bookes.
- Helgeson, V. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research*, 12(Suppl), 25-31.
- Herrman, B. (1999). Quality of life and neurological illness: A review of the literature. *Springer Netherlands*, 9, 209-229.
- Horowita, A. V. & Reinhard, S. D. (1995). Ethnic difference in caregiving duties and burdens among parents and sibling of persons with severe mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(6), 138-150.
- Houes, J. S, Larocco, J. M, John, R. P & French, J. R. (1981). Social support, occupational stress and health. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 202-218.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading Mass: Addison-Wesle.
- Hoyert, B. L. & Seltzer, G. I. (1996). Factors related the wellbeing and wife activity of family caregiver. *Family relation*, 41(1), 74-81.
- Ip, G.S.H. & Mackenzie, A. E. (1998). Caring for relative with serious mental illness at home: The experiences of family care in Hong Kong. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(5), 288-294.
- Jungbauer, J., Wittmund, B., Dietrich, S.& Angermeyer, M. C. (2003). Subjective burden over 12 months in parents of patient with schizophrenia. *Archives of psychiatric Nursing*, 17(3), 126-134.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1998). *Kaplan and Sadock synopsis of psychiatric*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Lauer, G. (1999). *Concept of quality of life in mental health care*. Philadephia: Wrightson.
- Li, J., Lambert, E., & Lambert, V. (2007). Predictors of family caregivers' burden and quality of life when providing care for a family member with schizophrenia in the people's Republic of China. *Nursing and Health Sciences*, 9, 192-198.
- Loukissa, D. A. (1995). Family burden in chronic mental illness: A review of research studies. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 248-255.
- Loukissa, D. A. (1995). Family psychoeducation an schizophrenia: A review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy* 29, 223-245.
- Lubkin, I. & Payne, M. E. (1998). Family caregivers. In I. M. Lubkin & P. D. Larsen (eds.). *Chronic illness: Impact and Interventions*. Boston, MA: Jones and Bartlett Publishers.

- Lueboonthavatchai, P. & Lueboonthavatchai, O. (2006). Quality of life and correlated health status and social support of schizophrenic patients' caregivers. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 89(3), 9-13.
- Macleod, S. H, Elliott, L. & Brown, R. (2011). What support can community mental health nurses deliver to carers of people diagnosed with schizophrenia finding from a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 48(1), 100-120.
- Meeberg, G. A. (1993). Quality of life :a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 38-48.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G. & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and experience of subjective and objective burden. *Family Relations* 34(4), 19-26.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing:Concept of practice*. Connecticut: Applition & Lange.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing concept of practice*. The United State of America: Mosby.
- Pender, N. J. (2002). *Health promoting in nursing practice*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Ruggeri, M. (2002). Determinants of subjective quality of life in patients attending community-based mental health services : The South-Verona outcome project 5. *Acta Psychiatry Scandinavia*, 105, 131-140.
- Sadock, J.B. & Sadock, A. V. (2007). *Concise textbook of clinical psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Sadock, J. B. & Sadock, A. V. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Salleh, M. R. (1994). The burden of care of schizophrenia in Malay Families. *Acta Psychiatry Scandinavia*, 89, 299-305.
- Schaefer, C., Colyne, C., & Lazarus, R. S. (1981). The health related functions of social support. *Journal of Behavior Medicine*, 4, 381-406.
- Sethabouppha, P. H. (2002). *Buddhist family caregiving: A phenomenological study of family caregiving to the seriously mentally ill in Thailand. (A Dissertation Presented to the Graduate Faculty of the University of Virginia in Candidacy for the degree of Doctor of Philosophy)*, The University of Virginia
- Susan L., Giobbie-Hurder, A., Frances, M., Joseph D., & William H. (1999). Relationship Between Caregiver Burden and Health-Related Quality of Life. *The Gerontologist*, 39(5), 534-545.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (1996). *Using multivariate statistics*. The United State of America: Harper Collins College.

- The WHOQOL Group. (1996). WHOQOL-BREF introduction, administration, scoring and generic version of assessment, field trial version. Geneva: WHO.
- Thorndike, R. M. (1978). Correlational procedures for research. New York: Gardner.
- Tomoko, M., Andrea, S. & Hitoshi, A (2003). Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. *Age and Ageing*, 32(2), 218-223.
- Ware, J. E. (1984). Conceptualizing disease impact and treatment outcomes. *Cancer Nursing*, 3, 2316-2323.
- World Health Organization. (1992). The ICD -10 Classification of mental and behavioral disorder clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO.
- ZamZam, R., Midin, M., Hool, L. S., Yi, E. J., Ahmad, S. N., Azman, S. F. et al. (2011). Schizophrenia in Malaysian families: A study on factors associated with quality of life of primary family caregivers. *International of Mental Health Systems*, 5, 1-16.
- Zhan, L. (1992). Quality of life : Conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing* 17, 795-800.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
แพทย์หญิงนันทยา จีระทรัพย์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงาน การแพทย์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี
อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล	อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้เชี่ยวชาญด้านการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
นางสาวสุนิณี ฉิมพิบูลย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้เชี่ยวชาญด้านการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลนภากาศ จังหวัดสมุทรสงคราม
นางนาฏลดา นำภา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้เชี่ยวชาญ ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์จังหวัดอุบลราชธานี



ภาคผนวก ข
ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/0993

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพระชน ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑ กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

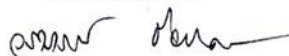
- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเอมิกา กลยณี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน” โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีวรรณ อ่วมตานี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. นางนาฏลดา นำภา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช |
| 2. แพทย์หญิง นันทิยา จีระทรัพย์ | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
ชื่อนิสิต

นางนาฏลดา นำภา และแพทย์หญิง นันทิยา จีระทรัพย์
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีวรรณ อ่วมตานี โทร. 0-2218-1154
อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152
นางสาวเอมิกา กลยณี โทร. 087-225-2295



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๙๔3

วันที่ ๕ กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเอมิกา กลยณี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน” โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารียวรรณ อ่วมตานี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารียวรรณ อ่วมตานี โทร. 0-2218-1154

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต นางสาวเอมิกา กลยณี โทร. 087-225-2295



ที่ ศธ 0512.11/0993

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

19 กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าเรือ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเอมิกา กลยณี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน” โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี โทร. 0-2218-1154

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม อาจารย์ ดร. เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต นางสาวเอมิกา กลยณี โทร. 087-225-2295



ที่ ศธ 0512.11/0993

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

19 กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนภาลัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเอมิกา กลยณี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน” โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวสุณี ฉิมพิบูลย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารุณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นางสาวสุณี ฉิมพิบูลย์
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี โทร. 0-2218-1154
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ดร. เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152
ชื่อนิสิต	นางสาวเอมิกา กลยณี โทร. 087-225-2295



ที่ ศร 0512.11/ 145

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑/ กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเอมิกา กลยณี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน” โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีวรรณ อ่วมตานี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม โครงร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณา โดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่านและใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10 ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยไม่รับค่าตอบแทนใดๆ มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือกฎหมายและพาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 70 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก แบบวัดภาวะสุขภาพของผู้ดูแล แบบวัดภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวเอมิกา กลยณี เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีวรรณ อ่วมตานี โทร. 0-2218-1154

อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152

นางสาวเอมิกา กลยณี โทร. 087-225-2295



ที่ ศธ 0512.11/ 1145

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

31 กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการ
การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเอมิกา กลยณี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน” โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารียวรรณ อ่วมตานี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม โครงร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณา โดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่านและใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10 ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยไม่รับค่าตอบแทนใดๆ มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือกฎหมายและพาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก แบบวัดภาวะสุขภาพของผู้ดูแล แบบวัดภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวเอมิกา กลยณี เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารุณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารียวรรณ อ่วมตานี โทร. 0-2218-1154

อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152

นางสาวเอมิกา กลยณี โทร. 087-225-2295

ที่ ศธ 0512.11/1145



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3) กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเอมิกา กลยณี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน” โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีวรณ อ่วมตानी เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม โครงร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณา โดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่านและใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10 ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยไม่รับค่าตอบแทนใดๆ มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือกฎหมายและพาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 43 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก แบบวัดภาวะสุขภาพของผู้ดูแล แบบวัดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย ทั้งนี้หนังสือจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวเอมิกา กลยณี เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีวรณ อ่วมตानी โทร. 0-2218-1154

อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152

นางสาวเอมิกา กลยณี โทร. 087-225-2295



ภาคผนวก ค
การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) คำนวณได้จากสูตร ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}}$$

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก

$$CVI = \frac{26}{29} = 0.90$$

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

$$CVI = \frac{31}{36} = 0.86$$

3. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดภาระในการดูแล

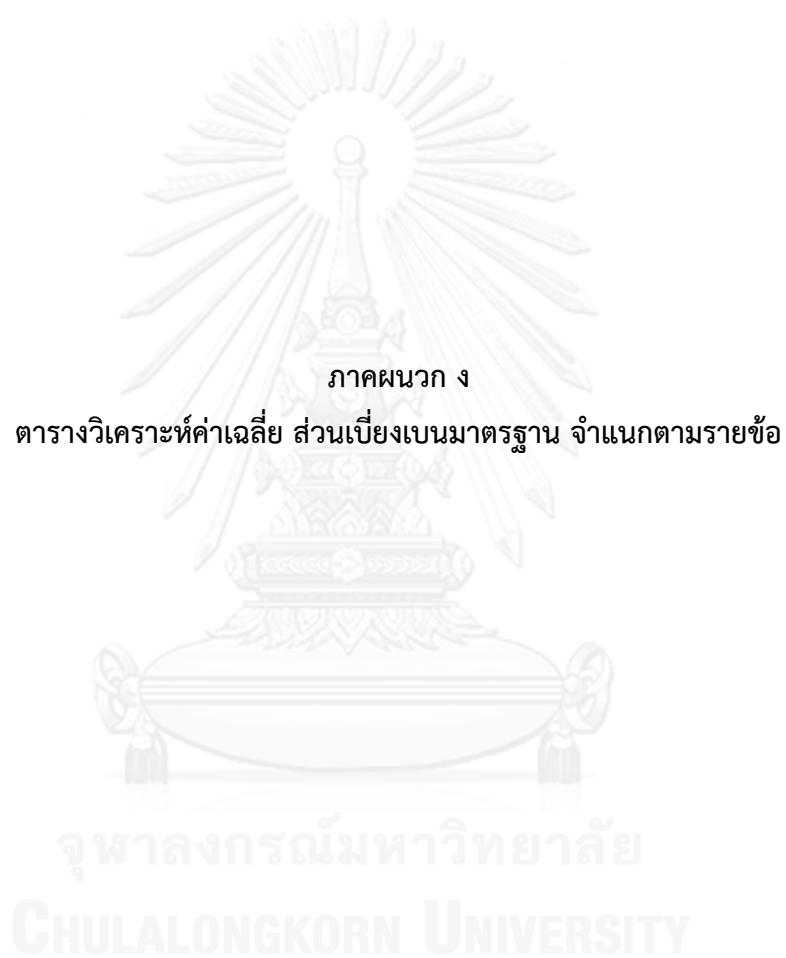
$$CVI = \frac{24}{24} = 1.00$$

4. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

$$CVI = \frac{22}{24} = 0.92$$

5. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดคุณภาพชีวิต

$$CVI = \frac{23}{26} = 0.88$$



ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลก โดยจำแนกตามรายชื่อ

ความเข้มแข็งในการมองโลก (คะแนน 1-7)	\bar{x}	SD
- รู้สึกยินดีที่มีชีวิตอยู่	6.30	1.29
- เมื่อพบกับสิ่งที่ไม่สมหวังจะอยู่กับสิ่งนั้นให้ได้ และดำเนินชีวิตต่อไป	6.13	1.30
- รู้สึกยินดีและพอใจกับสิ่งที่กระทำอยู่ในทุกวันนี้	6.05	1.37
- ความรู้สึกยินดีในสิ่งที่กระทำจะคงอยู่ตลอดไป	5.80	1.39
- มีความเชื่อมั่นว่าจะเอาชนะอุปสรรคได้แน่นอน	5.76	1.74
- สามารถแก้ปัญหาหรือความทุกข์ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้เสมอ	5.61	1.58
- คาดว่าชีวิตส่วนตัวในอนาคตจะมีความหมาย	5.57	1.56
- มีแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจนเสมอ	5.41	1.55
- มั่นใจว่าในอนาคตจะมีคนที่ไว้ใจและพึ่งพาได้เสมอ	5.28	1.59
- รู้สึกว่าชีวิตในอนาคตจะมีความมั่นคง	5.13	1.74
- เข้าใจบุคคลอื่นที่ติดต่อยู่ในชีวิตประจำวันเป็นอย่างดี	5.01	2.05
- ต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคคลอื่นในการทำงาน	5.01	1.98
- มีความรู้สึกได้รับความยุติธรรม	4.99	2.02
- รู้สึกว่าสิ่งที่กระทำอยู่ในทุกวันนี้มีความหมาย	4.85	1.98
- มีเป้าหมายชีวิตที่ชัดเจน	4.80	2.01
- คนที่ไว้วางใจไม่ทำให้ผิดหวัง	4.69	1.95
- รู้สึกว่าชีวิตในช่วง 10 ปีที่ผ่านมามีความมั่นคง	4.50	4.50
- ไม่รู้สึกแปลกใจในการกระทำของบุคคลที่รู้จักเป็นอย่างดี	4.40	1.98
- มีความรู้สึกที่คนอื่นเข้าใจตนเอง	4.34	1.97
- รู้สึกสนใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบๆตัว	4.30	2.11
- มีความรู้สึกว่าจะควบคุมสถานการณ์ต่างๆในชีวิตได้	4.01	1.79
- มองชีวิตว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย	3.97	2.12
- ไม่รู้สึกเบื่อหน่ายต่อสิ่งที่จะทำในอนาคต	3.87	2.18
- ทราบว่าจะต้องทำอะไรในสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคย	3.84	2.10
- ไม่มีความรู้สึกจมอยู่ในความทุกข์	3.83	2.14
- คาดเดาเหตุการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริงเสมอ	3.50	1.97
- ไม่มีความรู้สึกนึกคิดสับสน	3.43	1.93
- ไม่เคยรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะเกิดอะไรขึ้นต่อไป	3.22	1.86
- ไม่เคยมีความคิดว่า ความรู้สึกที่กำลังเกิดขึ้นภายในจิตใจนั้นไม่น่าจะเกิดขึ้นเลย	2.60	1.87

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแบบสอบถามภาวะสุขภาพ โดยจำแนกตามรายข้อ

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	\bar{x}	SD
ด้านการทำหน้าที่ทางร่างกาย (คะแนน 1-3)	2.50	.40
- ไม่มีข้อจำกัดในการอาบน้ำและแต่งตัว	2.88	.43
- ไม่มีข้อจำกัดในการเดินทางมากกว่า10 เมตร หรือประมาณ ครึ่งทางระหว่างเสาไฟฟ้า	2.83	.44
- ไม่มีข้อจำกัดในการเดินขึ้นบันได 1 ชั้น	2.72	.50
- ไม่มีข้อจำกัดในการยกของหรือหิ้วตะกร้าจ่ายตลาดเต็มสองมือ	2.71	.53
- ไม่มีข้อจำกัดในการเดินเป็นระยะทางหลายช่วงเสาไฟฟ้า	2.64	.62
- ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงปานกลาง เช่น ย้ายโต๊ะ ภูบ้าน รดน้ำต้นไม้	2.64	.60
- ไม่มีข้อจำกัดในการเดินระยะทางมากกว่า 1 กิโลเมตร	2.27	.78
- ไม่มีข้อจำกัดในการเดินขึ้นบันไดหลายๆชั้นติดต่อกัน	2.22	.77
- ไม่มีข้อจำกัดในการก้มตัว หรือคุกเข่า หรือโค้งตัว	2.22	.70
- ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก เช่น วิ่ง ยกของหนัก	1.92	.73
ด้านข้อจำกัดการทําบทบาทเนื่องจากปัญหาด้านร่างกาย (คะแนน 1-2)	1.45	.38
- ไม่มีผลต่อการทำงานหรือกิจกรรมบางอย่างที่เคยทำ	1.52	.50
- ไม่มีผลต่อความยากลำบากในการทำงานหรือกิจกรรมต้องใช้ ความพยายามเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ได้ผลงานเท่าเดิม	1.46	.50
- ไม่มีผลต่อการทำงานที่ตั้งใจไว้	1.43	.49
- ไม่มีผลต่อการทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ ยังทำได้นานเท่าเดิม	1.40	.49
ด้านความเจ็บปวด (คะแนน 1-5)	3.58	1.04
- ในช่วง1 เดือนที่ผ่านมา อาการปวดไม่รบกวนการทำงาน ตามปกติ	3.69	1.14
- ในช่วง1 เดือนที่ผ่านมา ท่านไม่มีอาการเจ็บปวดตามร่างกาย	3.48	1.08

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	\bar{x}	SD
ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป (คะแนน 1-5)	3.22	.84
- รู้สึกว่ามีสุขภาพดีเหมือนกับคนอื่น	3.74	1.16
- ไม่รู้สึกว่าป่วยง่ายกว่าคนอื่น	3.58	1.34
- รู้สึกว่าสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ดีเลิศ	3.23	1.22
- ไม่รู้สึกว่าสุขภาพจะแย่ลง	3.13	1.26
- โดยทั่วไปคิดว่าสุขภาพดีในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา	2.45	.90
ด้านความมีชีวิตชีวา (คะแนน 1-5)	3.64	.75
- ไม่รู้สึกหมดเรี่ยวแรง	4.52	1.07
- ไม่รู้สึกเหนื่อยล้า	4.30	.97
- รู้สึกสดชื่นมีชีวิตชีวา	3.50	1.04
- มีพลังกำลังมาก	2.78	1.28
ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (คะแนน 1-5)	4.02	.90
- ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ปัญหาสุขภาพทางกายหรือจิตใจ ไม่รบกวนการเข้าสังคม การพบปะเพื่อนฝูง และญาติสนิท	4.11	1.02
- ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีปัญหาสุขภาพกายหรือปัญหาทาง อารมณ์ ไม่รบกวนความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับครอบครัว เพื่อนฝูง หรือเพื่อนบ้าน	3.93	1.05
ด้านภาวะสุขภาพจิต (คะแนน 1-5)	4.10	.83
- รู้สึกสดชื่น ไม่รู้สึกหดหู่	4.77	1.14
- ไม่ท้อแท้ หดหู่ใจ	4.58	1.14
- ไม่รู้สึกวิตกกังวล	4.29	1.19
- มีความสุข	3.53	1.08
- สงบและเป็นสุข	3.37	1.05
ด้านข้อจำกัดการทำบทบาท เนื่องจากปัญหาสุขภาพจิต (คะแนน 1-2)	1.52	.34
- ทำงานหรือกิจวัตรประจำวันได้เท่าเดิม	1.67	.47
- ทำงานได้ไม่น้อยกว่าที่ตั้งใจไว้	1.52	.50
- มีความรอบคอบในการทำงานหรือการทำกิจกรรมเหมือน อย่างที่เคยทำได้	1.39	.49

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแบบสอบถามภาวะในการดูแล โดยจำแนกตามรายข้อ

ภาวะในการดูแล (คะแนน 1-5)	\bar{x}	SD	ระดับ
- รู้สึกสงสารผู้ป่วยจิตเภท	4.41	1.02	มาก
- รู้สึกเป็นห่วงว่าจะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยจิตเภท	4.37	1.01	มาก
- กังวลว่าต่อไปในอนาคตผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นอย่างไรหากไม่มีผู้ดูแล	4.10	1.18	มาก
- เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบต้องรับผิดชอบงานหรือกิจกรรมต่างๆในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น	3.13	1.13	ปานกลาง
- รู้สึกผิดที่ตำหนิหรือลงโทษผู้ป่วยจิตเภท	2.83	1.29	ปานกลาง
- การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ไม่มีเวลาไปเที่ยวพักผ่อนในวันหยุด	2.77	1.17	ปานกลาง
- การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้มีเวลาในการเข้าร่วม กิจกรรมต่างๆ ในสังคมหรือชุมชนน้อยลง	2.77	1.12	ปานกลาง
- รู้สึกกังวลเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท	2.75	1.19	ปานกลาง
- การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีเวลาในการดูแลสุขภาพร่างกายน้อยลง	2.72	1.17	ปานกลาง
- รู้สึกเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	2.71	1.10	ปานกลาง
- การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้มีเวลานอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ	2.62	1.15	ปานกลาง
- รู้สึกน้อยใจในโชคชะตาของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวอื่นๆที่ไม่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท	2.57	1.13	ปานกลาง
- รู้สึกกลัวเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรง	2.57	1.25	ปานกลาง
- การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้มีเวลาในการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัวน้อยลง	2.57	1.02	ปานกลาง
- รู้สึกกังวลใจเมื่อต้องพาผู้ป่วยจิตเภทออกนอกบ้าน	2.52	1.24	ปานกลาง
- การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้มีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น	2.52	1.20	ปานกลาง
- ต้องเสียเวลาทำงานหรือหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วย	2.45	1.08	น้อย
- การดูแลผู้ป่วยจิตเภทรบกวนเวลาในการดำเนินชีวิตประจำวัน	2.43	.99	น้อย
- รู้สึกท้อแท้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	2.17	1.08	น้อย
- การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้เกิดความขัดแย้งกันระหว่างสมาชิกด้วยกันเองในครอบครัว	1.97	.99	น้อย
- รู้สึกซึมเศร้าจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	1.80	.99	น้อย
- รู้สึกอายนบ้านเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการรุนแรงหรือทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน	1.77	.92	น้อย
- เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบและอาละวาด จะถูกทำร้ายจนได้รับบาดเจ็บ	1.62	.92	น้อย
- การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับเพื่อนบ้านหรือคนในชุมชน	1.44	.77	น้อยที่สุด

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม โดยจำแนกตามรายชื่อ

การสนับสนุนทางสังคม (คะแนน 1-5)	\bar{x}	SD	ระดับ
- ได้รับความรัก ความอบอุ่น กำลังใจ จากครอบครัว	3.64	1.05	มาก
- เมื่อมีปัญหาใดๆก็ตาม สามารถปรึกษาคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดได้	3.59	1.06	มาก
- เมื่อต้องการสิ่งของ เครื่องใช้ต่างๆ สามารถหาซื้อได้อย่างสะดวกสบาย	3.59	.81	มาก
- เป็นคนที่ได้รับความไว้วางใจเสมอเมื่อทำงานกับคนอื่น	3.56	.72	มาก
- คนในครอบครัวและชุมชนให้ความเคารพนับถือ	3.54	.73	มาก
- สามารถให้คำปรึกษาแก่คนที่มีปัญหาได้	3.52	.86	มาก
- เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสามารถปรึกษาเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้	3.49	.96	ปานกลาง
- คนรอบตัวไม่เคยแสดงท่าทางที่ทำให้รู้สึกหมดกำลังใจ	3.43	1.04	ปานกลาง
- มีคนที่ไว้ใจและสามารถพูดคุยปรึกษาปัญหาต่างๆได้	3.41	.91	ปานกลาง
- สามารถทำประโยชน์ให้กับครอบครัว ชุมชนได้เป็นอย่างดี	3.40	.84	ปานกลาง
- บุคคลรอบข้างให้การยอมรับ เมื่อให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ	3.40	.77	ปานกลาง
- มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นกับคนในครอบครัว	3.39	.96	ปานกลาง
- ได้รับรู้เรื่องราวความเป็นไปต่างๆของคนในครอบครัวและในชุมชน	3.17	.87	ปานกลาง
- เมื่อเจ็บป่วย มีคนคอยดูแลช่วยเหลือ เอาใจใส่ตลอดเวลา	3.10	1.01	ปานกลาง
- มีคนให้ปรึกษาและเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต	3.10	.95	ปานกลาง
- มีการติดต่อ ไปมาหาสู่ ผู้อื่นบ้างเป็นครั้งคราว	3.10	.84	ปานกลาง
- มีคนบอกเล่าข้อมูลข่าวสารในชีวิตประจำวันต่างๆให้ทราบ	3.10	.76	ปานกลาง
- ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้อื่นทั้งในครอบครัว ชุมชน เมื่อมีปัญหา	3.08	.86	ปานกลาง
- ได้รับความสะดวกสบายและความช่วยเหลือจากผู้อื่นเสมอ	3.04	.89	ปานกลาง
- เมื่อมีปัญหาการเงิน สามารถขอความช่วยเหลือจากคนรอบข้างได้	2.99	1.03	ปานกลาง
- ได้เข้าร่วมกิจกรรมสาธารณะประโยชน์ต่างๆภายในชุมชน	2.92	.89	ปานกลาง
- ไม่เคยรู้สึกเหงา ว่าเหว เมื่อต้องอยู่ตามลำพัง	2.91	1.20	ปานกลาง
- มีคนคอยให้ความช่วยเหลือ เมื่อไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้เหมือนเดิม	2.90	1.07	ปานกลาง
- ได้รับเงินค่าใช้จ่ายอย่างเพียงพอ	2.81	.81	ปานกลาง

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแบบวัดคุณภาพชีวิต โดยจำแนกตามราย
ชื่อ

คุณภาพชีวิต (คะแนน 1-5)	\bar{x}	SD
- สามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดี	4.03	.83
- รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย	3.82	.83
- สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น	3.80	.81
- พอใจกับการเดินทาง การคมนาคม	3.67	.83
- รู้สึกพึงพอใจในตนเอง	3.62	.89
- มีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวัน (ทั้งเรื่องงาน หรือ การดำเนินชีวิตประจำวัน)	3.59	.78
- รู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไรๆผ่านไปได้ในแต่ละวัน	3.59	.78
- ยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้	3.59	.77
- พอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมา	3.59	.72
- ไม่มีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล	3.57	1.05
- พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้	3.52	.95
- พอใจกับการนอนหลับ	3.49	1.12
- สภาพแวดล้อมในปัจจุบันดีต่อสุขภาพ	3.48	.85
- มีสมาธิในการทำงานต่างๆดี	3.43	.94
- รู้สึกพึงพอใจในชีวิต เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง	3.41	.88
- พอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา	3.36	.90
- คิดว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี (ชีวิตความเป็นอยู่)	3.36	.83
- รู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดี	3.34	.85
- พอใจกับสุขภาพตอนนี้	3.33	.83
- พอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ	3.26	.91
- พอใจในชีวิตทางเพศ (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตนเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)	3.26	.87
- ได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน	3.22	.85
- ไม่มีความจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะทำงาน หรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	3.19	1.29
- การเจ็บปวดตามร่างกาย ไม่มีผลต่อความสามารถทำในสิ่งที่ต้องการ	3.15	1.03
- มีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น	2.91	1.00
- มีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด	2.90	1.00



ภาคผนวก จ
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลของท่าน ให้ท่านเขียนเครื่องหมาย X ลงในช่อง () หน้าข้อความ หรือเขียนคำตอบลงในช่องข้อความ

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี.....เดือน
3. สถานภาพสมรส โสด คู่
 หม้าย หย่า แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา
 ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษา
 ประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญา
 ปริญญาตรี อื่นๆ ระบุ.....
5. อาชีพ เกษตรกรรม รับจ้าง
 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ
 อื่นๆ ระบุ
6. รายได้ต่อเดือน ไม่มีรายได้ ต่ำกว่า 2,500 บาท
 2,501 – 5,000 บาท 5,001 – 8,000 บาท
 8,001-10,000 บาท 10,001 – 15,000 บาท
 15,001- 20,000 บาท 20,001 – 25,000 บาท
 25,000 – 30,000 บาท อื่นๆ ระบุ.....
7. รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เจ็บป่วยต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลา.....ปี.....เดือน
8. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลก

ข้อความต่อไปนี้เป็นการถามถึงการมองชีวิตในแง่มุมต่างๆ ในแต่ละข้อคำถามจะมีตัวเลขให้ท่านเลือกตอบตามระดับของความรู้สึก ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย X บนช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย			ไม่ แน่ใจ	เห็นด้วย		
	มากที่สุด	ปาน กลาง	เล็กน้อย		เล็กน้อย	ปาน กลาง	มากที่สุด
1. เมื่อท่านพูดคุยกับบุคคลอื่น ท่านมีความรู้สึกว่าคนอื่นไม่เข้าใจท่านเสมอ							
2. เมื่อท่านต้องการทำสิ่งใดที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคคลอื่น ท่านรู้สึกว่าการนั้นต้องสำเร็จอย่างแน่นอน							
3. นอกเหนือจากญาติหรือเพื่อนสนิทแล้ว ท่านเข้าใจบุคคลอื่นที่ท่านติดต่ออยู่ในชีวิตประจำวันเป็นอย่างดี							
4.....							
5.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
29. ท่านมีความรู้สึกไม่แน่ใจว่าท่านจะควบคุมสถานการณ์ต่างๆในชีวิตได้บ่อยมาก							

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะสุขภาพ

แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการถามเกี่ยวกับสุขภาพและความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วยคำถาม 36 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย X หน้าข้อที่ตรงกับคำตอบของผู้รับสัมภาษณ์

1. โดยทั่วไปท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไรในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา

	ดีเยี่ยม
	ดีมาก
	ดี
	พอใช้
	ไม่ดีเลย

2. เมื่อเปรียบเทียบกับช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร

	ดีขึ้นมาก
	ดีขึ้นบ้าง
	เหมือนเดิม
	แย่ลงบ้าง
	แย่ลงมาก

3.....

เลือกคำตอบที่ตรงกับสุขภาพของท่านให้มากที่สุด

ข้อความ	ถูกต้องที่สุด	ถูกต้องส่วนมาก	ไม่ทราบ	ไม่ถูกเป็นส่วนมาก	ไม่ถูกต้องเลย
33. ฉันดูเหมือนจะป่วยง่ายกว่าคนอื่น					
34.					
35.					
36. ฉันคิดว่าสุขภาพของฉันแข็งแรงสมบูรณ์ดีเลิศ					

ส่วนที่ 4 แบบวัดภาวะในการดูแล

คำชี้แจง โปรดบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติต่อไปนี้ของท่านที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย X ลงในช่องด้านขวามือ

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบตลอดเวลา
มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกวัน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกอาทิตย์
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเป็นบางครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง หรือเกือบไม่มีเลย

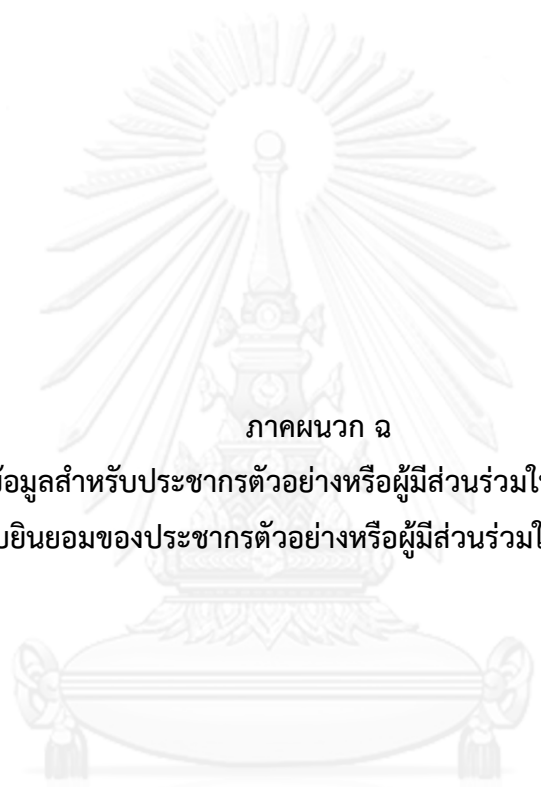
ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ภาระเชิงอัตนัย					
1. ท่านรู้สึกเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
2. ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท					
3. ท่านรู้สึกท้อแท้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
4.....					
5.....					
.....					
12. ท่านกังวลว่าต่อไปในอนาคตผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นอย่างไร หากไม่มีท่านดูแล					
ภาระเชิงปรนัย					
13. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทรบกวนเวลาในการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน					
14. ท่านต้องเสียเวลาทำงานหรือหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
15.....					
.....					
.....					
24. การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น เช่น อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ฯลฯ					

ส่วนที่ 6 แบบวัดคุณภาพชีวิต

ข้อความต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย X ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

- ไม่เลย (1) หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก
เล็กน้อย (2) หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้งรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยรู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่
ปานกลาง (3) หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลางรู้สึกพอใจระดับกลางๆหรือรู้สึกแย่ระดับกลาง
มาก (4) หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
มากที่สุด (5) หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่าสมบูรณ์รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
	5	4	3	2	1
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านตอนนี้					
2. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้					
3. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวัน (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4. ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่าน					
5. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง					
6.....					
7.....					
.....					
.....					
.....					
26. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ชีวิตความเป็นอยู่)					



ภาคผนวก ฉ

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ใบอนุญาตของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient / Participant Information Sheet)

ชื่องานวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ผู้วิจัย นางสาวเอมิกา กลยณี

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย ตึก 72 ปี ชั้น 2 โรงพยาบาลศิริราช เลขที่ 2 ถ.พรานนก แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

สถานที่พักอาศัย เลขที่ 236 ถ.พรานนก แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-4199338

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 087-2252295 **E-mail :** amika-naka@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. ท่านได้รับการเชิญให้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
2. โครงการนี้เป็นการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

3.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ อายุ รายได้ ระยะเวลาการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

4.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท(Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10 ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านและพาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์ที่มีคลินิกจิตเวชในเขตภาคกลาง

4.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10 ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมายและพาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลราชบุรีและโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี

โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังต่อไปนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
 2. สามารถอ่านออก เขียนได้ พูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง สามารถสื่อสารได้
 3. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา
5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

5.1 เมื่อผู้ดูแลพาผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ในช่วงเวลาดำเนินการเก็บข้อมูล คือ ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยรอตรวจหรือหลังจากตรวจเสร็จแล้ว ผู้ศึกษาประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยดูจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

5.2 ผู้ศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวเอง และแจ้งวัตถุประสงค์ ขอบเขต ระยะเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยทราบข้อมูลเบื้องต้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งแจ้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงชื่อในใบยินยอมร่วมทำวิจัย ซึ่งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่ามิสหิตตอบหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการให้บริการ เมื่อระหว่างการเข้าร่วมวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจ หรือไม่ต้องการเข้าร่วมการทำวิจัยต่อ สามารถบอกเลิกได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงข้อมูลว่า ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ

5.3 เก็บรวบรวมข้อมูล โดยคัดเลือกผู้ดูแลให้ตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้และเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลที่ยินยอมและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

5.4 หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้วนำข้อมูลที่ได้อามาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ หากข้อมูลของตัวอย่างไม่ครบถ้วนหรือไม่สมบูรณ์ ผู้ศึกษาจะสอบถามเพิ่มเติมจนได้ข้อมูลที่ครบถ้วน หลังจากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ที่มีความสมบูรณ์แล้วไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติต่อไป

6. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พบกลุ่มตัวอย่างเพื่อ แนะนำตัว ขอความร่วมมือในการวิจัย โดยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในงานวิจัย

7. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับและไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย

8. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

9. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลงานวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม

10. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ 0-2218-8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแล
ผู้ป่วยที่บ้าน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวเอมิกา กลยณี

ที่อยู่ติดต่อ ตึก 72 ปี ชั้น 2 โรงพยาบาลศิริราช เลขที่ 2 ถ.พรานนก แขวงศิริราช เขตบางกอก
น้อย กรุงเทพฯ 10700

โทรศัพท์มือถือ 087-2252295

E- mail Address : amika-naka@hotmail.com

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้น
จากการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบาย จากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วม
วิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล
ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น และจะได้รับการ
ดูแลจากเจ้าหน้าที่เช่นเดิม

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่าผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะ
นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า
หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาวเอมิกา กลยณี)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



ภาคผนวก ข
ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี (กลุ่ม พรส.) โทร.๑๒๔๔
ที่รบ.๐๐๓๒.๑๐๒.๑/ ๒๖๐ วันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๕๖
เรื่อง อนุญาตการดำเนินงานวิจัยในโรงพยาบาลราชบุรี

เรียน นางสาวเอมิกา กลยณี

สืบเนื่องจากการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี
ประชุมประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๖ ชื่อผลงานวิจัย “ ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตของ
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ” ผู้วิจัยหลัก นางสาวเอมิกา กลยณี นิสิตชั้นปริญญา
มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการพิจารณามีมติ **อนุมัติ** ให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลราชบุรีตามโครงร่าง
งานวิจัยที่เสนอต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นายสุพจน์ จิระราชวโร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลราชบุรี

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช สุพรรณบุรี
950 ถนนพระพิณวษา ตำบลท่าพี่เลี้ยง
อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี
72000



โทร. 0-3552-1555
โทรสาร 0-3551-1738

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข YM 006/2557

ชื่อโครงการภาษาไทย: ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

หัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวเอมิกา กลขนิ

สถานที่ทำวิจัย : โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช สุพรรณบุรี

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงร่างการวิจัย
3. แบบสอบถาม
4. ประวัติผู้วิจัย

ต่ออายุครั้งที่ (...) :

วันหมดอายุ :

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตาม
แนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล

ลงนาม

(นายแพทย์พัฒน์ วรรณปิยะรัตน์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

22 ส.ค. 2557..

วันที่

ลงนาม

(นายแพทย์ชัชวรินทร์ ปิ่นสุวรรณ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช

23 ส.ค. 2557

วันที่



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย
คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนโรงพยาบาลนครปฐม

SiEc เลขที่หนังสือรับรอง 009/2013

ชื่อโครงการ	ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน Selected factors relating to quality of life among caregivers caring for patients with schizophrenia at home
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	คุณเมธิกา กลยณี พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลรังสี โรงพยาบาลศิริราช
รหัสโครงการ	NPH B-8/2013
สถานที่ทำวิจัย	โรงพยาบาลนครปฐม
เอกสารที่รับรอง	<ul style="list-style-type: none"> - แบบเสนอโครงการวิจัย - เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย - หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
รับรองโดย	คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลนครปฐม
วันที่รับรอง	6 / 11 / 2013
วันหมดอายุ	6 / 11 / 2014

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลนครปฐม
ตามแนวทางจริยธรรมสากล

ลงนาม.....

(นายแพทย์เลขา ด้านวิริยะกุล)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน
โรงพยาบาลนครปฐม

ลงนาม.....

(นายแพทย์สมฤกษ์ จึงสมาน)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว เอมิกา กลยณี อายุ 28 ปี เกิดเมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2528 ที่อยู่ 145 หมู่ 2 ตำบลพอกน้อย อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร 47220 โทรศัพท์ 087-2252295 ประวัติการศึกษา สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2550 และเข้ารับการศึกษาคณะพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช (ภาคนอกเวลาราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2554 ปัจจุบันทำงานที่หน่วยตรวจพิเศษทางรังสี สังกัดงานการพยาบาลรังสี โรงพยาบาลศิริราช



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY